



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A NOÇÃO CORPORAL DO GERONTE COM DEMÊNCIA

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Vogais

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Professora Doutora Ana Maria Peixoto Naia

Patricia Filipa Pinto Fernandes

2017

Agradecimentos

Ao chegar ao final deste projeto, um “muitíssimo obrigada” não bastaria para exprimir a minha gratidão a todos aqueles que me ajudaram na conclusão desta etapa.

Ainda assim, um sincero obrigada,

A Deus, por tudo de bom e de mau que coloca à minha frente, pois aquilo que não me traz felicidade permite-me reconhecê-la quando a encontro.

À Professora Doutora Sofia Santos, pela sua orientação, disponibilidade e motivação que foram essenciais para a realização deste trabalho. Obrigada pelos conselhos, pela confiança e pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal que me inspiraram a fazer mais e melhor.

À minha mãe, ao meu pai (*in memoriam*) e à minha irmã! Pela paciência e apoio incansáveis. Pelos desvaneios e pelas gargalhadas. Por todo o afeto e dedicação sem os quais não seria quem sou!

Ao meu noivo e companheiro desta jornada. Pela compreensão, pelas críticas, pela teimosia e pelo apoio que me ajudam a dar um passo de cada vez: sempre em frente.

À minha Comunidade, por me suportarem com amor e oração.

À Sara Falcão, pelos seus conselhos e críticas sempre pertinentes.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e disponibilidade que me facilitaram neste tempo. Um agradecimento especial às Professoras Filipas, pelas aventuras e pela motivação constante ao longo deste período, sem as quais esta etapa não teria sido tão divertida.

Às minhas colegas de eleição (Alice, Serenela e Solange), pela partilha de experiências, de conselhos e de conhecimentos que me ajudaram a crescer ao longo destes cinco anos.

*“A vida é uma potência, uma força de amor impressionante [até ao último instante]”
(Kiko Argüello, 2016)*

Índice Geral

Enquadramento	1
---------------------	---

Artigo 1: Corpo, (senil)idade e psicomotricidade – do conceito à prática

Resumo:	3
Abstract:	3
Envelhecimento e a Noção Corporal.....	4
A noção corporal do geronte com demência.....	11
A intervenção psicomotora e a noção corporal	17
Considerações Finais	20
Referências	22

Artigo 2: Estudo da noção corporal do geronte com demência

Resumo:	30
Abstract:	30
Introdução.....	31
Metodologia	35
Amostra	35
Instrumento.....	37
Procedimentos.....	38
Apresentação de Resultados	39
Discussão de Resultados	41
Conclusão Geral	47
Referências	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. Principais características das demências.....	13
Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra	36
Tabela 3. Descrição e cotação dos itens do domínio do conhecimento das partes do corpo do EGP.	38
Tabela 4. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP para todos os participantes e resultados do teste t-student para as variáveis género e apoio.	39
Tabela 5. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP e resultados do teste t-student para as variáveis medicação, atividade física e intervenção terapêutica.	40
Tabela 6. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP e resultados do teste One-way Anova para a variável grupos etários..	40
Tabela 7. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP e resultados do teste One-way Anova para as variáveis diagnóstico e escolaridade.	41

Enquadramento

O presente trabalho surge no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Investigação do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa e tem como principais objetivos a análise da noção corporal de gerontes com demência, discriminando os principais fatores que a influenciam, bem como a reflexão acerca do papel da Intervenção Psicomotora face a esta problemática.

A escolha do tema prendeu-se com a escassez de investigações acerca da noção corporal nos quadros demenciais, dado ser um dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010) que mais alterações sofre ao longo do envelhecimento, especialmente na presença de uma síndrome demencial (Rodriguez, 2003). Surge, assim, a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do processo de envelhecimento psicomotor, de forma a planear e a ajustar a Intervenção Psicomotora (Morais, 2007).

O envelhecimento demográfico da população é uma realidade à escala mundial (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013; WHO, 2012). A Europa, atualmente conhecida por “continente grisalho” (INE, 2013, p.10), é uma das regiões mais envelhecidas do mundo e Portugal, enquanto país europeu, regista um elevado envelhecimento demográfico. Em 2015, por cada 100 jovens existiam 144 gerontes (Pordata, 2017), fenómeno que tem tendência crescente (INE, 2015) e com repercussões a vários níveis (social, político e económico).

O envelhecimento é um processo que inclui aspetos objetivos, como as alterações físicas e morfológicas, e subjetivos, como a representação do geronte sobre o seu envelhecimento, a qual está intimamente relacionada com os valores sociais contemporâneos (Fontaine, 2000). No momento atual, sente-se a emergência de um conhecimento mais aprofundado relativo às modificações decorrentes do envelhecimento.

Por outro lado, o corpo é atualmente valorizado pela aparência e produtividade (Menezes, Lopes e Azevedo, 2009), cujo “arquétipo” é um corpo jovem e são, resistente ao ritmo diário urbano contaminado de stress e preocupações. A velhice torna-se num contínuo estado de deselegância e improdutividade, para a qual existe toda uma indústria e comércio de combate aos seus sinais típicos (Rodrigues, 2005). As representações negativas do corpo envelhecido e a importância que atualmente se dá ao corpo jovem têm um impacto considerável na perceção do corpo do geronte (Levy, 2009).

A consciência do Eu é um dos aspetos que se alteram com o avançar da idade, cuja forma mais primitiva é a consciência corporal (Bermúdez, 2000): partindo da experiência do corpo enquanto sensação, a consciência corporal evolui para o plano simbólico, onde é possível a sua representação, até a uma consciência relacional e, posteriormente, cultural (Rodrigues e Lima, 2004). Assim, a construção da identidade e da consciência do Eu, inerentes à consciência corporal (Rodrigues e Lima, 2004), iniciam-se no corpo (Damásio, 2013; Merleau-Ponty, 1993) enquadrado num contexto cultural e social (Fonseca, 2011).

No envelhecimento, há uma perda progressiva do Eu resultante da alteração da autoimagem e das disfunções mnésicas, que causam problemas na diferenciação do Eu/Não-Eu (Maintier, 2011). Também, a institucionalização confronta o geronte com perdas afetivas (a doença e o fim da vida), que afetam as suas relações interpessoais e a sua autoimagem, particularmente a sua imagem corporal (Dolto, 1984) ou noção corporal (Fonseca, 2010). O impacto destas alterações na noção corporal reproduz-se em vários domínios, como na perceção e orientação no tempo e espaço, nas praxias, no plano relacional (Juhel, 2010) e na participação social (Sabik, 2016a), convergindo para a diminuição da autonomia do geronte nas atividades de vida diária (Verhulsdonk, Quack, Höft, Lange-Asschenfeldt e Supprian, 2013).

Na senilidade, a demência destaca-se pela sua elevada prevalência, com uma estimativa de aproximadamente 6% da população com idade superior a 60 anos, verificando-se que a cada cinco anos este valor duplica (Santana et al., 2015). A demência incorpora um conjunto de doenças caracterizadas pela presença de problemas cognitivos e comportamentais, adquiridos, progressivos e crónicos (Van Der Linden, Collette e Juillerat, 2001). A perda progressiva da consciência e do conhecimento do próprio ocorre a um ritmo mais acelerado, prejudicando gravemente a autoimagem do indivíduo (Morris e Mograbi, 2013), especialmente a sua noção corporal (Maintier, 2011).

O presente documento pretende avaliar a noção corporal de gerontes com e sem demência. Neste sentido, o primeiro artigo apresenta uma revisão de literatura sobre a noção corporal na senescência e no envelhecimento patológico associado a quadros demenciais, concluindo com uma reflexão acerca da prática psicomotora neste domínio; no segundo artigo procede-se ao estudo e avaliação da noção corporal de gerontes com demência e à análise dos principais fatores que a influenciam.

Artigo 1: Corpo, (senil)idade e psicomotricidade – do conceito à prática¹

Resumo: O aumento da esperança média de vida nem sempre garante uma vida com qualidade: o envelhecimento populacional aumenta a prevalência de doenças crónicas, como a demência. Quando associadas a quadros demenciais, as alterações biopsicossociais típicas da senescência dão-se a um ritmo mais acelerado. A perda progressiva da consciência e do conhecimento do próprio corpo, em particular, pode originar inúmeras problemáticas a nível intra e interpessoal, pondo em risco a autonomia do geronte. Encarando o corpo como instrumento e o movimento como método, a intervenção psicomotora pode assumir um papel determinante como um dos eventuais apoios de âmbito preventivo ou reabilitativo. Torna-se relevante, por isso, o aprofundamento do saber acerca do envelhecimento psicomotor, para otimizar os planos de intervenção com esta população. Neste sentido, o presente artigo aborda a imagem ou noção corporal na população geronte com e sem demência, refletindo sobre a prática psicomotora neste domínio.

Palavras-Chave: Senescência, Geronte, Noção Corporal, Senilidade, Demência, Gerontopsicomotricidade

Abstract: Increasing average life expectancy doesn't always guarantee a life with quality: population aging increases the prevalence of chronic diseases, such as dementia. The typical biopsychosocial changes of senescence, when associated to dementia, occur at a faster rate; in particular, the progressive loss of consciousness and knowledge of one's own body can cause intra and interpersonal problems, putting at risk the autonomy of the elder. Facing the body as an instrument and movement as a method, psychomotor therapy can play a determining role as one of possible preventive or rehabilitative support. Therefore, it is relevant to deepen the knowledge about psychomotor aging, to optimize the intervention plans with this population. The present article approaches the body image or notion in the elderly population with and without dementia, reflecting on the psychomotor practice in this domain.

Key-words: Senescence, Elderly, Body Perception, Senility, Dementia, Psychomotor Therapy for the Elderly

¹ Fernandes, P. e Santos, S. (2017). Corpo, (senil)idade e psicomotricidade – do conceito à prática. *A Psicomotricidade* (no prelo)

Envelhecimento e a Noção Corporal

O envelhecimento é um “processo biopsicossocial de regressão” (Barreiros, 1999, p.63) que se traduz na perda heterogênea de capacidades ao longo do tempo (Fontaine, 2000). Barreiros (2006) denuncia duas principais razões para o envelhecimento: a degeneração (biológica) e o desuso, as quais conduzem a uma deterioração geral do indivíduo.

As suas manifestações mais evidentes relacionam-se com a redução do rendimento motor, ao nível da força (principalmente nos membros inferiores), da resistência, da flexibilidade, da precisão e da velocidade dos movimentos (Correia e Silva, 1999; Juhel, 2010; Spar e La Rue, 2005). Este enfraquecimento motor e psicomotor resulta de alterações das funções biológicas, como a perda de massa muscular e o aumento de massa gorda, bem como da diminuição da capacidade perceptiva (visual, auditiva e quinestésica), que originam problemas de equilíbrio e controlo postural, de marcha e apraxia, aumentando o risco de queda do geronte (Aubert e Albaret, 2001a; Bize e Vallier, 1985; Gabbard, 2008).

Ao nível cognitivo, a mortalidade e a diminuição do tamanho dos neurónios (do córtex frontal e do sistema límbico), bem como as alterações das sinapses nas estruturas corticais (Ropper, Samuels e Klein, 2014) afetam as capacidades intelectuais como a memória (principalmente a de curto prazo), a atenção, o tratamento e a organização de informação, o raciocínio abstrato, a resolução de problemas e a aprendizagem (Fontaine, 2000; Juhel, 2010; Marchand, 2001; Ropper et al., 2014; Spar e La Rue, 2005). Para Gabbard (2008) estas alterações neurais associam-se à lentificação psicomotora, resultante do declínio no processamento de informação e da maior lentidão na programação e concretização da ação motora (Barreiros, 2006).

Assim, o envelhecimento psicomotor é marcado por uma *retrogénese psicomotora*, na qual se verifica a inversão da organização funcional dos fatores psicomotores, com a involução do mais complexo para o mais simples, do mais intencional ao mais reflexo: da praxia fina à tonicidade (Fonseca, 2009). Inerente a estas mudanças biopsicossociais, existe um processo de regressão (Barreiros, 2006) biológico, sensorial, cognitivo e perceptivo (Aubert e Albaret, 2001a; Pelegrino, 2009; Sequeira, 2010), com declínio das competências adaptativas, psicomotoras e funcionais, repercutindo-se ao nível do desempenho. As alterações psicomotoras podem originar limitações ao nível da noção corporal (Juhel, 2010), dadas as

alterações visíveis fisionómicas e da própria imagem do corpo que a pessoa vai assimilando com o avançar da idade (Aubert e Albaret, 2001a; Juhel, 2010).

Todas estas modificações associadas ao envelhecimento acontecem e são sentidas dentro de um corpo: ao nível da aparência ocorre a queda e descoloração do cabelo, o aparecimento de rugas marcadas, alterações ao nível da textura da pele e o aumento dos pelos faciais (Pearlman, 2014). Ao longo do corpo, há o aumento da massa gorda, nomeadamente no abdómen, pernas e coxas, embora se verifique a diminuição do peso corporal, e ainda o aumento da cifose, que associado às alterações posturais, à fragilidade muscular, à compressão dos discos intervertebrais (entre outros), causa a diminuição da altura do corpo (Fragroso e Vieira, 2006; Juhel, 2010). No género feminino, em particular, verifica-se a substituição do tecido conjuntivo dos seios por gordura, reduzindo o seu tamanho e firmeza (Goswani, 2013). Destas alterações pode surgir um sentimento de total desarmonia com o corpo, diminuindo a autoestima e o ânimo do geronte (Rodríguez, 2003). A experiência do envelhecimento é, portanto, um processo intrinsecamente incorporado (Liechty, Ribeiro, Sveinson e Dahlstrom, 2014).

Head (1920) foi o primeiro a elaborar uma teoria acerca da integração perceptiva do corpo, referindo o *esquema* (“schema”, p. 605) como o registo constante e contínuo, anterior à consciência, das alterações posturais (i.e. do movimento) do nosso corpo no espaço. O esquema atualizado dos *inputs* sensoriais é comparado com os anteriores e adicionado aos *esquemas* (“schemata”, p. 606), modelo postural plástico, mais ou menos estável, a partir do qual é possível o reconhecimento do corpo, da postura e do movimento, mesmo para lá dos limites corporais (e.g.: aquando da utilização de um lápis para escrever). Partindo desta teoria, vários estudos se vieram a desenvolver até se chegar aos conceitos de esquema e imagem corporal.

Rodrigues (1998) define esquema corporal como uma organização neurológica da totalidade das experiências corporais do indivíduo (da sensação à motricidade), em constante desenvolvimento, imprescindível ao movimento consciente. Trata-se do conhecimento imediato do corpo (da totalidade e das partes), não apenas da sua forma, conteúdo e localização, mas também da sua capacidade de resposta funcional e de relação com o meio (Barreto, 1999; Le Boulch, 1972; Paillard, 1980; Potel, 2015). Com efeito, o esquema corporal não é uma função exclusiva das áreas sensoriais primárias, dependendo igualmente das áreas motoras primárias (Rodríguez, 2003). O conceito de esquema corporal integra uma visão objetiva e espacial do corpo (Potel, 2015), para o qual a experiência sensoriomotora apresenta um papel fundamental (Merleau-Ponty, 1999; Wallon, 1979).

Sobre o esquema corporal há todo um conjunto de significações e vivências que constroem a imagem corporal (Rocha, 2009). Enquanto elemento essencial para a consciência do Eu (Zazzo, 1948), a imagem corporal é uma “função psico(sócio)motora” (Fonseca, 2011, p. 26): ultrapassa a integração de toda a experiência perceptiva consciente de natureza intero, proprio e exteroceptiva (Paillard, 1980), incorporando a experiência emocional e afetiva, as quais só existem num contexto social (Fonseca, 2010; Rocha, 2009). Enquanto o esquema corporal é praticamente o mesmo para todos os indivíduos (da mesma idade, género e área geográfica), a imagem corporal é única para cada um, pois relaciona-se com a história pessoal e com o olhar dos demais (Dolto, 1984). Por isso, no conceito de noção corporal, o corpo é subjetivo, vivido, carregado de emoções, símbolos, valores do Eu em coexistência com o Outro (Martins, 2005).

No âmbito da psicologia, há diversos autores que equiparam o conceito de imagem corporal com o de satisfação com o corpo, particularmente quando relacionados com as perturbações alimentares (Grogan, 2016). Em psicomotricidade, como refere Fonseca (2010), a imagem corporal, sinónimo de noção corporal ou somatognosia, refere-se à consciencialização do corpo objetivo e subjetivo, da qual surge uma representação mental, estruturada, matriz de todas as outras representações e relações com o meio, que alcança os inúmeros processos comunicacionais (Fonseca, 2010; Martins, 2005). Não se resume apenas ao nível da satisfação com o peso, a aparência ou a função motora, incorporando todo o conhecimento consciente sobre o corpo, ao nível da sua morfologia e capacidades motoras, num plano simbólico, afetivo-emocional, e social (Potel, 2015; Sabik, 2016b).

Para Dolto (1984) a imagem corporal deriva da memória inconsciente do corpo que se torna consciente quando associada à linguagem verbal e/ou não verbal. Segundo o mesmo autor, a somatognosia é composta pela articulação de três imagens: a de **base**, relacionada com o ser, o sentir que se existe continuamente; a **funcional**, que remete para a função motora associada ao corpo capaz de satisfazer as necessidades do indivíduo; e a **erógena**, que em cooperação com a anterior permite o sentimento de gostar / não gostar do Outro, dando origem à identidade sexual. Com presença obrigatória em qualquer comportamento, a noção corporal é o suporte dinâmico da personalidade, dos afetos, da aprendizagem e da comunicação (Dolto, 1984; Fonseca, 2011), de tal modo que para Fonseca (2010) “a noção do corpo é o alfabeto e o atlas do corpo [...]. Como mapa, a noção do corpo é indispensável para «navegar» no espaço; como alfabeto, é indispensável para comunicar e aprender” (p. 176).

A somatognosia remete para a perspectiva aberta e holística do corpo, dependente de várias estruturas neuropsicológicas subcorticais, como o tronco cerebral, especificamente a substância reticulada, o cerebelo e o sistema límbico (Fonseca, 2001b); e corticais, destacando-se o córtex somatossensorial parietal, dividido entre as áreas primárias 1, 2 e 3 de Broadmann e as secundárias 5 e 7 (Fonseca, 2001b, 2010, 2011; Rodrigues, 1998). É nestas últimas que ocorre a integração multissensorial, destacando-se as informações provenientes do corpo e do meio, como as propriocetivas e as visuais (Fonseca, 2001b, 2010). O primeiro elemento que a proprioção somática fornece é o conhecimento dos limites do corpo, através do tato, a partir do qual distinguimos o Eu do Não-Eu (Bermúdez, 2000). A proprioção fornece ainda outras informações acerca da pressão, temperatura, relação dos segmentos do corpo, equilíbrio e postura, disposição e volume corporal, estados de nutrição e fadiga, entre outros (Bermúdez, 2000). A percepção do mundo é possível graças a um leque variadíssimo de recetores sensoriais, apesar de cerca de 80% da informação que recebemos ser adquirida a partir da visão (Correia e Espanha, 2010). Ao longo do desenvolvimento, a proprioção torna-se mais autónoma e independente, permitindo que a visão se torne mais eficiente e se concentre no fim a alcançar (Fonseca, 2010).

O desenvolvimento da noção corporal parte do plano sensório-motor (Rodrigues e Lima, 2004), no qual o indivíduo descobre o seu corpo (limites e forma) através da motricidade (Martins, 2005). Fonseca (2011) considera que este processo depende da interação com o Outro, na qual ocorre primeiramente a apreensão do corpo e comportamento do modelo, para o reproduzir (imitar) e mais tarde personalizar (Wallon, 1979). Com efeito, o reconhecimento visual do outro ocorre antes do reconhecimento do próprio, o qual procede do conhecimento parcial do corpo (como as mãos), alcançando, por fim, a identificação verbal da sua própria imagem (Zazzo, 1948). A integração e consciencialização progressivas do corpo melhoram a disponibilidade motora dos membros e permitem a sua representação organizada, linguisticamente incorporada, ao nível espaciotemporal no mundo objetivo (Fonseca, 2010; Rodrigues e Lima, 2004).

A organização da noção corporal requer uma maturação neurobiológica, a qual é constantemente atualizada e reconstruída (Fonseca, 2010). Com efeito, a somatognosia altera-se ao longo da vida (Juhel, 2010) e resulta de um conjunto de fatores culturais, sociais e individuais (Sabik, 2016b), verificando-se um maior autoconhecimento do corpo durante a adolescência e vida adulta do que na senescência (Pereira et al., 2010). As mudanças somáticas típicas do envelhecimento,

como o aumento da cifose torácica, a diminuição da elasticidade e a palidez da pele ou o aumento da massa gorda no abdômen e nas pernas, alteram a postura e a aparência do geronte e, conseqüentemente, a sua imagem corporal (Juhel, 2010). Chrisler e Ghiz (2014) acrescentam ainda outros determinantes como a utilização de aparelhos (auditivos, óculos, bengalas, entre outros), a existência de doenças (osteoporose, problemas sensoriais, cancro) e a sexualidade. Estas alterações exigem uma reestruturação do esquema corporal, a qual pode desencadear problemas da somatognosia, quando desintegrada de um bom suporte cognitivo e socioafetivo (Rodríguez, 2003).

Por se tratar de um processo multifatorial, a somatognosia depende da tonicidade, equilíbrio e lateralização e é crucial para a estruturação espaciotemporal e praxias (Fonseca, 2010). De tal modo que, daqui podem surgir inúmeros problemas psicomotores, cognitivos e relacionais (Fonseca, 2010). Nos gerontes, em particular, a alteração da imagem corporal pode ter consequências ao nível da percepção e orientação (Juhel, 2010); das praxias - com desordens na utilização do corpo no espaço que aumentam o risco de quedas e a dificuldade na realização das atividades de vida diária (Juhel, 2010); e, ainda, do plano relacional, nomeadamente na compreensão e interação social (Juhel, 2010; Maintier, 2011).

Também as preocupações com a imagem corporal têm implicações na saúde e bem-estar dos gerontes (Marshall, Lengyel e Menec, 2014). A investigação tem comprovado a influência que a imagem corporal dos gerontes tem sobre a sua autoestima (Baker e Gringart, 2009) e saúde mental, nomeadamente ao nível social e psicosssexual (Reel, SooHoo, Summerhays e Gil, 2008). Sabik (2016a) constatou ainda que uma menor satisfação com o corpo (ao nível da funcionalidade e da aparência) conduz a níveis mais baixos de comprometimento e envolvimento sociais, relacionando-se com maiores níveis de depressão. O impacto da desorganização somatognósica na senescência não é homogêneo, diferindo consoante o género (Algars et al., 2009; Homan e Boyatzis, 2009; Menezes et al., 2009; Sabik, 2016b), idade (Baker e Gringart, 2009; Drummond, 2003; Peat, Peyerl, Ferraro e Butler, 2011), contexto sociocultural (Reddy, 2013; Reel et al., 2008), nível de atividade física (Loland, 2000; Tulle, 2008), características pessoais (Marshall et al., 2014), entre outros.

Com a idade, o corpo torna-se num objeto estranho e “repulsivo”, fonte de preocupação para o geronte (Maintier, 2011). O género feminino, em particular, evidencia mais preocupações com a aparência do seu corpo (Algars et al., 2008; Ferraro et al., 2008; Marshall et al., 2014), apontando a menopausa como uma fase

crucial na percepção da perda do seu corpo jovem (Chrisler e Ghiz, 2014; Hofmeier et al., 2017; McKinley e Lyon, 2008). Com efeito, na menopausa são experienciadas situações como a perda da fertilidade e da feminilidade, flutuações emocionais e mudanças somáticas, as quais são vistas de forma negativa (Chrisler, 2007; McKinley e Lyon, 2008). De uma forma geral, as idosas apresentam baixos níveis de satisfação com as mudanças corporais próprias do envelhecimento (Hofmeier et al. 2017), apresentando sentimentos de nostalgia relativamente ao seu antigo corpo o que conduz a uma imagem corporal negativa (Bailey, Cline e Gammage, 2016). Parece haver uma falta de concordância com o Eu Corporal, como se o corpo jovem estivesse preso no corpo velho (Hofmeier et al, 2017).

De acordo com Halliwell e Dittmar (2003), na senescência os elevados níveis de insatisfação com o corpo apresentados pelo género feminino parecem estar associados à sua perspetiva fragmentária do corpo, que enfatiza os aspetos negativos de algumas partes corporais; já os homens são mais propensos a conceptualizar o corpo como uma unidade e, por isso, veem-no de uma forma mais positiva. Todavia, Algars e colaboradores (2009) deixam o alerta de que também os homens podem apresentar uma imagem corporal negativa derivada da diminuição das capacidades físicas e motoras (Halliwell e Dittmar, 2003). O peso corporal é um dos fatores que gera maior insatisfação para os gerontes (Reel et al., 2008), sendo o peso ideal, independentemente do género, correspondente em média a quatro valores de Índice de Massa Corporal abaixo do tamanho atual do corpo (Knight, Illingworth e Ricciardelli, 2009).

Face às mudanças somáticas e motoras, ocorre um processo de adaptação psicológica que conduz à aceitação do Eu Corporal (Hofmeier et al., 2017). A aceitação do Eu difere entre os géneros e parece ser acompanhada de uma redefinição do conceito de corpo, na medida em que, contrariamente à juventude, o valor dado à beleza física é substituído pela importância atribuída à saúde e funcionalidade corporal em ambos os géneros (Hurd, 2000; Gast e Peak, 2011; Liechty et al., 2014). Baker e Gringart (2009) averiguaram que o género feminino quando entra na menopausa (e até aos 70 anos) experiencia mais negativamente o seu corpo, devido à degradação da aparência física do que as mais velhas (a partir dos 70 anos), as quais dão primazia à saúde e aptidão físicas e por isso vivenciam menos níveis de ansiedade relativa ao seu corpo (Bailey et al., 2016; Chrisler, 2007; Tiggemann, 2004). Por outro lado, o género masculino, à medida que envelhece, vai percecionando melhor a redução das suas capacidades motoras (Drummond, 2003), com reflexo no

declínio progressivo da avaliação que fazem acerca do seu corpo (Baker e Gringart, 2009).

Também a atividade física parece ser um fator que influencia a somatognosia na idade avançada (Loland, 2000). De modo a combater os sinais de envelhecimento, os gerontes tendem a adotar novos comportamentos (Algars et al., 2009; Tiggemann, 2004). Os homens procuram envelhecer bem, mantendo a sua identidade masculina como a independência e habilidade física (Gast e Peak, 2011), através do ganho da massa muscular e perda de gordura (Reddy, 2013). No género masculino há um investimento na atividade física, a qual transmite a sensação de proatividade, de manutenção da sua própria saúde e bem-estar, o que minimiza os sentimentos de inadequação (Drummond, 2003). Para o género feminino, as preocupações com o corpo resumem-se ao peso e à aparência, particularmente ao rosto, braços e pernas (Algars et al., 2009; Reel et al., 2008); consequentemente, há um esforço por esculpir o seu corpo através do exercício, das dietas ou ainda das cirurgias estéticas (Reel et al., 2008; Tiggemann, 2004). Para Tulle (2008), a atividade física, no geral, possibilita a reconciliação com o corpo envelhecido; no campo atlético, em particular, o envelhecimento estimula a reformulação da relação corpo/mente de tal forma que daqui pode emergir uma ontologia alternativa da senescência.

Um aspeto crítico para a aceitação da velhice e do corpo geronte reside na sociedade (Menezes et al., 2009). Os sinais somáticos típicos do envelhecimento podem ter um impacto negativo nos gerontes porque os afastam dos padrões de beleza atuais (Sabik, 2016b). Culturalmente, os elementos que caracterizam os traços tradicionais da feminilidade e da masculinidade são a aparência e beleza física, associadas à sexualidade nas mulheres (Hurd, 2000) e a força, poder, dominância e virilidade sexual nos homens (Baker e Gringart, 2009). Paralelamente o género feminino apresenta mais preocupações e avaliam de forma mais depreciativa a sua aparência (Chrisler, 2007), enquanto o género masculino aponta negativamente as mudanças físicas e motoras (Reddy, 2013).

A juventude e a beleza apresentam-se como marcadores de poder e valor social para o género feminino (Halliwell e Dittmar, 2003; Sabik, 2016b), que com o envelhecimento experiencia frequentemente sentimentos de invisibilidade e irrelevância no plano social devido à sua aparência, quando desejam ser valorizadas e respeitadas pelas suas capacidades (Bailey et al., 2016; Hofmeier et al., 2017). Para além disso, Hofmeier e colaboradores (2017) referem que o género feminino sente-se injustiçado perante a pressão social a que é sujeito, a qual parece ser significativamente inferior para o envelhecimento masculino (Liechty et al., 2014).

Halliwell e Dittmar (2003) e, mais tarde, Sabik (2016b) corroboraram esta perspectiva ao concluírem que para o género masculino o envelhecimento tem aspetos positivos na aparência e atratividade. Contudo, Peat e colaboradores (2011) preveem que quando os jovens atuais envelhecerem poderão experimentar mais preocupações com a aparência, o que poderá levar ao aumento da insatisfação corporal.

O contexto sociocultural é um dos fatores que mais influencia a experiência da imagem corporal nos gerontes, particularmente as crenças, atitudes e comportamentos relativos à aparência (Marshall et al., 2014; Reddy, 2013; Tiggemann, 2004). Embora existam diferenças na satisfação corporal entre diferentes etnias (Reel et al., 2008), há uma tendência crescente para a globalização dos ideais de beleza no envelhecimento nas diferentes culturas (Bakhshi, 2011). Estes padrões culturais são promovidos pelos media e incrementam a perceção de uma imagem corporal negativa (Bakhshi, 2011). Robinson e Callister (2008) examinaram a imagem corporal dos gerontes nas publicidades de revistas e averiguaram que para além da população idosa ser sub-representada nos media, há uma prevalência na apresentação da figura corporal ideal do geronte: caucasiano de 60 anos de idade, com uma aparência física e peso corporal médios, cabelos grisalhos, com rugas limitadas, sem necessidade de óculos, fisicamente ativos, felizes e satisfeitos ao ar livre. Os mesmos autores concluíram que as imagens do corpo geronte ideal constantemente vistas pelos gerontes podem ter efeitos semelhantes às imagens negativas, conduzindo a níveis inferiores de perceção corporal e a sentimentos de inadequação e insatisfação corporal. Levy (2009) corrobora estes resultados, considerando que os estereótipos sobre os gerontes são internalizados ao longo da vida e a personificação das imagens negativas do envelhecimento influenciam a saúde dos gerontes.

A noção corporal do geronte com demência

O envelhecimento é, então, um processo contínuo, universal e complexo (Fernandes, 2002) que diz respeito às alterações graduais biológicas e psicológicas, decorrentes do avanço da idade (Fontaine, 2000), caracterizadas pela diminuição orgânica e funcional do indivíduo (Ermida, 1999). Dentro da investigação científica é consensual a diferenciação entre o envelhecimento normal (senescência) e o patológico (senilidade), em que o segundo se distingue do primeiro pela presença de patologias (Ermida, 1999).

A senescência, processo natural de envelhecimento, revela mudanças neuropsicológicas que se podem relacionar com sintomas demenciais, daí a importância do diagnóstico diferencial (Van Der Linden et al., 2001). A demência é

uma síndrome que afeta crônica e progressivamente o cérebro, com perturbação das funções cognitivas e comportamentais, as quais interferem no desempenho social ou profissional do indivíduo (Nunes e Pais, 2006; Ropper et al., 2014; Schlindwein-Zanini, 2010). A demência apresenta atualmente uma elevada prevalência na população geronte (Santana et al., 2015), distinguindo-se as demências pré-senis (antes dos 60 anos) e as pós-senis (após os 60 anos), cujo “arquétipo” é a doença de Alzheimer (Fontaine, 2000; Nunes e Pais, 2006; Spar e La Rue, 2005). A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM V, APA, 2013) condensa a demência e as perturbações mnésicas no termo Perturbações Neurocognitivas, onde os critérios para o diagnóstico baseiam-se na evidência da decadência de uma ou mais áreas de domínio cognitivo relatado e documentado através de testes padronizados, a qual interfere no grau de autonomia e independência do indivíduo (APA, 2013).

O espectro das demências é bastante alargado e pode ser organizado de diferentes modos (Van Der Linden et al., 2001). A tabela 1 apresenta os quadros demenciais com maior prevalência especificando a fisiopatologia e os principais sintomas encontrados pela investigação. Os diagnósticos das Perturbações Neurodegenerativas mais comuns são a doença de Alzheimer (DA), a demência de corpos de Lewy (DCL), a demência frontotemporal (DFT) e a demência vascular (DV) (APA, 2013; Bigio, 2013; Caramelli e Barbosa, 2002; Donaghy e McKeith, 2014).

A doença de Alzheimer é sintomatologicamente caracterizada por uma disfunção cognitiva generalizada e homogênea, com principais défices ao nível da memória episódica e das funções executivas (Van Der Linden et al., 2001). Ao nível gnóstico-prático, destacam-se os défices gnósticos visuais, que comprometem o reconhecimento de imagens, as perturbações visuo-construtivas (visíveis na dificuldade da cópia de figuras geométricas) e a apraxia, quer ao nível construtivo quer na evocação e reprodução de posturas e gestos simbólicos (Feneyrols, 2001; Michel, 2009), resultantes da perda progressiva da motricidade distal e da dissociação dos segmentos corporais (Rodríguez, 2003) bem como da dificuldade na regulação tónico emocional (Michel, 2009). Aubert e Albaret (2001b) acrescentam que esta desorganização prática e gestual, associada a problemas de utilização de objetos, reflete-se na diminuição da autonomia da pessoa.

Tabela 1. Principais características das demências (Araujo e Nicoli, 2010; Bigio, 2013; Bott, Readke, Stephens e Kramer., 2014; Bozéat, Gregory, Ralph e Hodges, 2000; Donaghy e McKeith, 2014; Fontaine, 2000; Juhel, 2010; Michel, 2009; Nunes e Pais, 2006; Pressman e Miller, 2014; Quaresma e Pitaud, 2007; Ropper et al., 2014; Serrano-Pozo, Frosch, Masliah e Hyman, 2011; Van Der Linden et al., 2001; Walker et al., 2012).

Demência	Fisiopatologia	Principais Sintomas
Alzheimer	Acumulação de placas senis, inicialmente ao nível do neocórtex, e posteriormente nas áreas sensoriais e motoras primárias; Degenerescência neurofibrilar (atrofia) do lobo temporal medial e mais tarde do córtex motor, sensorial, visual primário e de algumas estruturas do sistema límbico.	Perda de memória episódica; desorientação espaciotemporal; empobrecimento da linguagem; dificuldade de abstração; alterações da personalidade (egocentrismo, desinibição, falta de sentido ético); alterações de humor e de comportamento. Com o agravamento verifica-se a acentuação da agnosia visual, da apraxia, da afasia; depressão e apatia; agitação verbal e motora (deambulação); irritabilidade e agressividade; delírio e alucinações.
Corpos de Lewy	Acumulação de proteína alfa-sinucleína (corpos de Lewy), inicialmente no sistema nervoso autónomo (periférico), e posteriormente no tronco cerebral, sistema límbico e neocórtex.	Alterações cognitivas não-mnésicas (visuoespacial, atencional e das funções executivas); perturbação do sono; delírio e alucinações visuais; depressão; parkinsonismo; hiposmia; flutuações no comportamento.
Frontotemporal	Degenerescência progressiva do lobo frontal e/ou temporal, com relativa preservação das regiões corticais posteriores.	Problemas de comportamento e alterações da personalidade (desinibição e impulsividade); ansiedade e agitação; apatia e isolamento; dificuldades no discurso; comprometimento da memória; e dificuldades motoras (doença do neurónio motor).
Vascular	Causada por lesões tromboembolíticas (múltiplos enfartes); estados lacunares em lesões únicas de locais cerebrais (tálamo, giro angular); demências associadas a lesões extensas da substância branca; angioplastia amiloide; demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos.	Disartria, disfagia e labilidade emocional, distúrbios na marcha e bradicinesia associados a enfartes lacunares; Afasia, apraxia e distúrbios visuo-espaciais associados a lesões vasculares no córtex cerebral; Problemas de memória, evocação e reconhecimento por afetação das estruturas límbicas.

Para além destes sintomas associados à Doença de Alzheimer, verifica-se igualmente a perda progressiva da consciência e do conhecimento do próprio, a qual pode prejudicar a perceção que os indivíduos têm sobre si mesmos, particularmente acerca das dificuldades associadas à doença, i.e., anosognosia (Morris e Mograbi, 2013; Simm, Jamieson, Ong, Garner e Kinsella, 2015). Esta situação é justificada pela falha da ativação do córtex pré-frontal e dos lobos temporais medial e lateral, essenciais para a capacidade de avaliação do próprio e do outro (Zamboni et al., 2013), repercutindo-se numa maior necessidade de suporte nas atividades de vida diária (Simm et al., 2015; Verhülsdonk et al., 2013). Será pertinente salientar que nos estágios iniciais, os sujeitos ainda mantém alguma capacidade reflexiva pessoal (Clare, 2003; Rankin, Baldwin, Pace-Savitsky, Kramer e Miller, 2005); o agravamento

da doença parece eliminar a habilidade de autorreconhecimento e a consciência do próprio (Graham, Kunik, Doody e Snow, 2005; Grewal, 1994; Kashiwa et al., 2005; Verhülsdonk et al., 2013).

Gil (2007) avaliou a consciência do Eu em 45 indivíduos com doença de Alzheimer ligeira e moderada através de um questionário que abordava aspetos como a consciência da identidade, e da doença (i.e. anosognosia), a autoavaliação do estado emocional, a imagem corporal, a capacidade de antecipação, de introspeção e os julgamentos morais. Os resultados obtidos pelo autor reportam a correlação entre a consciência do Eu e a gravidade da DA; os aspetos mais perturbados foram os julgamentos morais e a capacidade de antecipação, e os menos perturbados, o conhecimento da identidade e a imagem corporal (Gil, 2007).

Alguns anos antes, Grewal (1994) inclusive havia verificado que os indivíduos com doença de Alzheimer moderada continuam a ser capazes de se reconhecerem frente a um espelho, bem como de apontar e nomear partes do corpo (nariz e cotovelo), contrariamente às pessoas com um nível da doença mais agravado, que tiveram resultados significativamente inferiores. Similarmente, Mozaz e Morris (1997) realizaram um estudo para analisar a capacidade de identificação das partes do corpo com uma população com DA, no qual os participantes eram instruídos a apontar para diferentes partes do seu próprio corpo (orelha, ombro, pálpebra, peito, dedo, pulso, coxa, lábios, bochecha e cotovelo). Os resultados revelaram que esta capacidade está significativamente correlacionada com a gravidade da demência na medida em que, de 21 sujeitos com DA severa, 12 erraram pelo menos uma vez, enquanto dos 13 sujeitos com nível moderado, apenas 3 apresentaram tais resultados (Mozaz e Morris, 1997). Além disso, os autores verificaram ainda que a maioria dos erros era de omissão (e.g.: “Não me lembro”); e que as partes do corpo mais difíceis de identificar foram as pálpebras e as bochechas contrariamente às zonas dos ombros e peito que foram sempre acertadas pelos participantes.

Mais recentemente, também Bond e colaboradores (2016) constataram que esta população apresenta uma imagem corporal relativamente intacta, o que leva a crer que a dificuldade de processamento do Eu versus Não-Eu poderá estar associada à perda de memória autobiográfica (Maintier, 2011; Morris e Mograbi, 2013) e não propriamente à deterioração da imagem corporal, pelo menos no nível inicial da doença.

Numa fase mais avançada da doença, a desintegração da imagem corporal torna-se visível (Rodríguez, 2003) com a sensação de descontinuidade e de

fragmentação do Eu, o que gera um clima de incerteza e de insegurança, e a dificuldade de reconhecimento do Outro, do envolvimento e de si mesmo (Maintier, 2011). Há uma grande necessidade da presença de terceiros para a própria identificação da pessoa (Clare, 2003), uma vez que pela mediação com o Outro, pelas suas palavras e contacto, é possível reencontrar as sensações, a linguagem (verbal e/ou não-verbal) e a consciência do próprio corpo (Maintier, 2011).

À semelhança da doença de Alzheimer, também na demência de corpos de Lewy verifica-se o comprometimento do cérebro posterior (Chandra e Issac, 2014). Neste sentido, Chandra e Issac (2014) encontraram evidências neuropsicológicas e radiológicas de disfunção parietal direita em indivíduos com demências posteriores (DA e DCL) de estado moderado, que apresentavam igualmente agnosia da imagem espelhada. Porém, existem diferenças consideráveis relativamente aos sintomas destas duas problemáticas (Hirono et al, 1999), uma vez que a DCL está associada a sintomas parkinsonianos e a alucinações visuais e delírios (Van Der Linden et al., 2001).

Já na demência frontotemporal evidencia-se uma preservação relativa das regiões posteriores do cérebro e a degenerescência dos lobos frontal e/ou temporal (Hirono et al., 1999), das quais surgem diferentes subtipos da doença, com diferentes sintomas associados. Num estudo comparativo entre indivíduos com DA e DFT, Rankin e colaboradores (2005) analisaram o conhecimento do próprio e as mudanças de personalidade, tendo verificado que independentemente do subtipo, a população com demência mantém uma imagem estática de si, ou seja, apresentam dificuldades em sustentar um sentido do Eu atualizado (Simm et al., 2015).

Especificamente na DFT, Mahoney e colaboradores (2012) referem que a nível genético, pode ocorrer a mutação C9ORF72, que tem especial relevo na degeneração dos lobos frontal e temporal. Numa investigação exclusivamente com sujeitos com esta mutação, os autores constataram a perda cortical extensa nos lobos frontal, temporal e parietal bem como a atrofia de variadas estruturas subcorticais nomeadamente no tálamo e cerebelo. Os participantes apresentaram características neuropsicológicas como os défices das memórias visual, verbal e topográfica, dificuldades na perceção de objetos e espaços, apraxia e anomia; hipertonia em cerca de metade das pessoas; e, ainda, comportamentos como a desinibição, a apatia, a ansiedade (Mahoney et al., 2012), os quais parecem relacionar-se com o défice da diferenciação Eu versus Outro (Downey, Mahoney, Rossor, Crutch e Warren, 2012).

Downey e colaboradores (2014) verificaram que a demência frontotemporal do tipo C9ORF72 está associada a défices no esquema corporal, mesmo que exista uma preservação intelectual geral, nomeadamente ao nível da codificação tátil, da modulação dos sinais proprioceptivos e da representação das partes do corpo. Os autores consideram que as dificuldades no esquema corporal podem ser atribuídas aos défices da codificação das predições do cerebelo e da integração sensorial pelo tálamo e pelos córtex parietal e pré-frontal, identificadas por Mahoney e colaboradores. (2012). As alterações no esquema corporal destes indivíduos podem contribuir, segundo Downey e colaboradores (2014), para o aparecimento dos sintomas apontados por Mahoney e colaboradores (2012).

Existem ainda outras demências degenerativas, resultantes de doença cerebrovascular, como a demência vascular (Van der Linden et al., 2001). Os fatores de risco associam-se aos acidentes vasculares cerebrais, i.e., hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, o consumo excessivo de álcool e tabaco, entre outros (Spar e La Rue, 2005; Ropper et al., 2014). As manifestações neuropsicológicas dependem da causa e da localização do acidente cerebral (Spar e La Rue, 2005). Estudos neuropatológicos mostram que ocorrem com frequência lesões da demência de Alzheimer associadas a demência vascular – demência mista, a qual reúne manifestações clínicas geradas por ambas as síndromes demenciais, bem como a sobreposição de fatores de risco e patogénicos (Engelhardt et al, 2011).

Perante este cenário, torna-se cada vez mais imperativo detetar a demência tão precocemente quanto possível na sua evolução clínica. Por outro lado, o tratamento farmacológico é crucial para abrandar o desenvolvimento da doença e controlar os sintomas (Madera, 2005; Spar & La Rue, 2005). Santana e colaboradores (2015) admitem que a demência, em Portugal ainda não é devidamente diagnosticada e farmacologicamente tratada. Porém, Marques, Rocha, Pinto, Sousa e Figueiredo (2015) verificaram que numa amostra de 329 gerontes com demência residentes em lares, a média de medicamentos consumidos era superior a 7, os quais eram principalmente ansiolíticos, antipsicóticos e para o sistema cardiovascular. No entanto, há a realçar estudos recentes que apontam efeitos secundários negativos da medicação continuada (Hartikainen, Lönnross e Louhivuori, 2007), podendo a terapia não-farmacológica ser um complemento no reforço dos recursos cognitivos, sociais e afetivos subsistentes (Spar e La Rue, 2005), pelo que é fundamental a procura de soluções alternativas que estimulem a autonomia e possibilitem a melhoria da qualidade de vida desta população.

A intervenção psicomotora e a noção corporal

Os quadros demenciais estão associados à fragmentação do Eu, i.e., à desintegração da personalidade, derivadas do declínio e perda de funções cognitivas como a consciência, a memória, entre outros (Hampson e Horris, 2016). Embora a cognição tenha um papel indiscutível na identidade do ser, o indivíduo com demência não deve ser considerado menos *pessoa* por isso (Zeiler, 2014). A dificuldade na consciencialização do Eu e do Outro, aliada a uma reduzida capacidade de reflexão conduz a um maior risco de desentendimento na comunicação e interação com os outros (Simm et al., 2015) podendo traduzir-se em problemas de comportamento (Gil, 2007; Kashiwa et al., 2005).

O corpo aparece assim como espelho da pessoa e veículo (“alternativo”) para a comunicação com o Outro. Já Mearleau-Ponty (1993) considerava que a interação do Eu com o mundo se faz a partir do corpo, muitas vezes de forma pré-reflexiva e inconsciente; pelo que, o sujeito com demência se expressa de forma pré-reflexiva, através do seu movimento corporal – geralmente designada por comunicação não-verbal (Kontos, 2005). Deste modo, o cuidado e a intervenção com o corpo e sobre o corpo ganha uma outra importância (Michel, 2009).

Procurando a “significação relacional, afetiva e mediatizadora” do movimento do corpo (Fonseca, 2001a, p.20), a intervenção psicomotora analisa e aperfeiçoa o comportamento, “promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial” (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2013, [APP], p. 3). A prática psicomotora atua ao nível da expressão, da capacidade de relação pelo gesto e pelo movimento, melhorando a autorrepresentação da pessoa que age e comunica (Madera, 2005). No contexto geriátrico, a gerontopsicomotricidade objetiva o aumento da autonomia e a melhoria da qualidade de vida do geronte, através da manutenção dos fatores psicomotores e da sua adaptação às alterações biopsicossociais impostas pelo envelhecimento e pela demência (Madera, 2005; Morais, 2007; Nuñez e González, 2001; Oliveira, 2009; Pereira, 2004; Vasconcelos, 2003).

Pereira (2004) salienta quatro principais categorias que devem ser o enfoque da gerontopsicomotricidade: o equilíbrio e a postura; o processamento de informação e organização praxica; o espaço e o tempo; e o Eu corporal. A estimulação de novas relações com o Outro e com o espaço auxiliam a redescoberta do corpo (Clare, 2003; Madera, 2005; Maintier, 2011), um “corpo desacreditado” (p. 92) que dói e não faz o que é pedido (Pereira, 2004). A ação do corpo em movimento aumenta o “desejo de realizar e de realizar-se” (Vasconcelos, 2003, p. 58), promove uma autoimagem mais

positiva (Morais, 2007), através da (re)conexão do corpo, integrando, reconhecendo e aceitando as partes sãs com as fragilizadas (Abellán, 2005). Assim, a gerontopsicomotricidade permite a exploração da corporeidade (Oliveira, 2009), a regulação tónicoemocional e a recuperação do prazer sensório-motor (Martins, 2001), a redescoberta do seu tempo, do seu espaço e do seu corpo enquanto unidade (Bucher, 1985), conferindo um novo sentido ao EU do geronte (Pereira, 2004).

Para uma boa prática psicomotora é crucial conhecer as possibilidades físicas, motoras, sociais e psicológicas do geronte e estabelecer uma relação terapêutica entre sujeito e psicomotricista (Modange e Chaumont, 2001). A intervenção grupal, nos gerontes, é bastante benéfica porque promove a socialização e os participantes motivam-se mutuamente (Modange e Chaumont, 2001). Olalla (2009) refere uma metodologia com um grupo de gerontes (idade > 80anos), cujos objetivos se assemelham aos da intervenção psicomotora relacional (Aragón, 2007), com enfoque na relação com o próprio corpo (consciencialização e ampliação da imagem corporal), na relação com o envolvimento físico (espaço e tempo) e com os outros (estimulação da interação interpessoal) e, ainda, em relação à construção da própria identidade (estruturação de uma autoimagem adequada, que inclui reconhecer as suas capacidades e limitações). Este trabalho é desenvolvido a partir da relaxação, mobilização corporal, massagem e exercícios de respiração; bem como através do jogo, música e dança; e ainda da expressão da vivência corporal (Olalla, 2009).

A intervenção na noção corporal, segundo Bucher (1985), deve iniciar-se na percepção global do corpo (unidade e espaço corporal), através de atividades que incluam diferentes posições e deslocações no espaço; seguida da etapa que remete para a conceção das relações espaciais, partindo da consciencialização dos segmentos corporais para o conhecimento do corpo (com nomeação das partes). Aplicando ao contexto geriátrico, Modange e Chaumont (2001) propõem uma série de exercícios que estimulam diferentes sensações a fim de melhorar a (re)conexão com o corpo e a reapropriação do movimento, como a sensibilidade plantar (automassagem), a descoberta do eixo axial (rotação, flexão), a mobilização de diferentes segmentos do corpo e o trabalho ao nível dos apoios. Com a evolução da intervenção, o psicomotricista poderá criar algumas situações de desequilíbrio ao nível estático ou dinâmico, como a marcha (Modange e Chaumont, 2001). Para a promoção da noção corporal nos gerontes, Juhel (2010) sugere a realização adequada dos movimentos, que requer o foco da atenção para o corpo, permitindo quer a redescoberta das diferentes partes do corpo e a sua correta utilização quer a adaptação psíquica ao corpo atual.

Na população com demência, a intervenção psicomotora possibilita a manutenção ou melhoria dos níveis de ativação cerebral com relativa preservação das capacidades cognitivas, sobretudo a linguagem verbal e não-verbal (Juhel, 2010). Nos quadros demenciais, Rodríguez (2003) salienta a importância do trabalho da imagem corporal, em sessões de grupo, preferencialmente com cerca de 10 pessoas, com uma duração entre 30 a 45 minutos. Michel (2009) concorda com esta perspetiva e sintetiza vários tópicos relativos à sua abordagem terapêutica, dos quais se destacam a relaxação, os banhos terapêuticos (relaxação em meio aquático), o toque sensorial terapêutico e a mobilização corporal em grupo, objetivando o alívio das tensões corporais, a regulação tónica, a reestruturação do esquema corporal e da postura, bem como a restauração do sentimento de unidade corporal (não dolorosa).

Embora as sessões de gerontopsicomotricidade sejam específicas para os participantes em questão (Juhel, 2010), normalmente obedecem a uma estrutura-tipo (Abellán, 2005; Morais, 2007): diálogo inicial, ativação e mobilização global do corpo, atividades centrais (carácter lúdico), retorno à calma e diálogo final. As situações de vivência da imagem e esquema corporal são preferencialmente introduzidas nas atividades centrais e de retorno à calma, podendo incluir métodos de relaxação e trabalho respiratório que permitem a descontração muscular e a escuta pessoal do corpo (Morais, 2007). Tessier (2001) alerta para a possibilidade da falta de eficácia dos métodos clássicos (e.g.: Schultz, Jacobson e Soubiran) em populações com declínio das funções cognitivas e da comunicação verbal. Em alternativa, o autor aponta duas possibilidades mais adequadas para a população com demência: para indivíduos numa fase inicial da doença, que conservam a noção dos limites corporais, um método inspirado na relaxação ativo-passiva de Michaux e na relaxação coreana, que compreende mobilizações passivas e vibrações das articulações; numa fase mais avançada da demência, o toque sensorial terapêutico - “le toucher qui rassemble” (p. 231), que envolve o estabelecimento de uma relação de confiança com o psicomotricista e, posteriormente, uma técnica gestual de aplicação de pressões ligeiras e regulares sobre o corpo (Tessier, 2001).

Quando falamos de noção corporal na população com demência, a estimulação sensorial, e o contexto Snoezelen em particular, apresentam-se como ferramentas chave na intervenção psicomotora (Viegas, 2003). A sala Snoezelen é uma autêntica sala sensorial, constituída por variados equipamentos táteis, vibratórios, vestibulares, visuais auditivos e gustativos (Rodríguez e Llauredó, 2010), que apresenta benefícios ao nível cognitivo, motor, comportamental e do bem-estar do indivíduo (Collier et al., 2010; Cruz, Barros, Marques, Figueiredo e Sousa, 2010; Hill, Trusler, Furniss e

Lancioni, 2012; Kwok, To, Sung, 2003; Viegas, 2003). A sala Snoezelen, enquanto ambiente seguro, exige pouco ao nível das habilidades cognitivas complexas, explorando a capacidade sensoriomotora das pessoas com demência (Klages, Zecevic, Orange e Hobson, 2011). Logo, a intervenção na somatognosia com esta população deve centrar-se na estimulação propriocetiva, tátil, olfativa e auditiva, associada ao movimento e à verbalização, de modo a promover a consciencialização do corpo no espaço (Robayo e Reyes, 2009). Nos estádios mais avançados, têm-se encontrado melhores resultados através da estimulação tátil e visual (Collier e Jakob, 2016).

O psicomotricista possui um papel essencial na intervenção com os gerontes uma vez que é o intermediário entre o participante e as experiências propostas nas sessões, podendo ser um fator motivante para a realização das tarefas e para o investimento do geronte em si e no mundo (Juhel, 2010; Pereira, 2004).

Considerações Finais

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, resultante do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade, com repercussões a nível social, político e económico (INE, 2013; WHO, 2012). Paralelamente, a demência é uma das doenças crónicas mais prevalentes na população geronte, apresentando uma tendência crescente (Santana et al., 2015).

Na senescência verificam-se diversas alterações biopsicossociais que se refletem na diminuição de capacidades ao longo do tempo (Fontaine, 2000), das quais se pode destacar a perda progressiva do Eu (Maintier, 2011), sendo vários os fatores que influenciam a imagem corporal na população sénior, podendo ser de natureza pessoal (relacionado com o género, a idade, características individuais, ...) ou social (como o contexto sociocultural).

Com efeito, quando associada a uma síndrome demencial, esta perda progressiva da consciência e do conhecimento do próprio dá-se a um ritmo mais acelerado (Morris e Mograbi, 2013), originando inúmeras problemáticas a nível intra e interpessoal (Juhel, 2010; Sabik, 2016a), pondo em risco a autonomia do indivíduo (Verhülsdonk et al., 2013). Madera (2005) alerta que o geronte com demência tem tendência a isolar-se, e pode experienciar as suas limitações num tempo e espaço alterados, conduzindo à perda de identidade.

Na prática, o aumento da esperança média de vida (Carrilho e Patrício - INE, 2010) nem sempre garante uma vida com qualidade, pelo que se torna urgente a melhoria da qualidade de vida dos gerontes, através de respostas sociais não só para

a saúde e o lazer mas também para a participação social (Segurança Social, 2017), que promovam o envelhecimento ativo (WHO, 2012). Neste sentido, a intervenção psicomotora pode assumir um papel determinante como um dos eventuais apoios de âmbito preventivo ou reabilitativo (Pereira, 2004; Valente, Santos e Morato, 2012).

Assumindo o corpo como instrumento e o movimento como método, a psicomotricidade em contexto geriátrico procura a reapropriação do corpo por parte do geronte (Fonseca, 2009), a partir de estratégias que possibilitam atenuar os défices impostos pelo envelhecimento e pela demência e adaptar o sujeito à sua realidade (Vasconcelos, 2003). No geronte com demência, o comportamento, em particular, torna-se o espelho e objeto da intervenção; não esquecendo, porém, da influência que os fármacos podem exercer a este nível (Madera, 2005).

A adaptação do geronte com demência à sua realidade não é fácil, uma vez que pode apresentar sérias dificuldades em manter um sentido do seu Eu atual (Simm et al., 2015). Destaca-se, portanto, a importância do corpo: o meu corpo é meu; o meu corpo sou eu; é o mais concreto que posso ter; e tudo o que me constitui como pessoa está encerrado neste corpo. Assim, a consciencialização do corpo, através de métodos como a relaxação, a estimulação sensorial (entre outros), possibilita a tomada de consciência do Eu, da identidade atual - como refere Fonseca (2011) “da consciência do corpo à consciência do Eu e do outro” (p. 15). Por isso, neste processo é crucial a relação com o Outro (Maintier, 2011; Morais, 2007), nomeadamente o psicomotricista, o qual ajuda na organização de uma autoimagem adequada (Olalla, 2009). A consciencialização do corpo possibilita a perceção do envolvimento, i.e. através da noção corporal surge a relação com a realidade envolvental, com o aqui e o agora (Madera, 2005).

A questão do envelhecimento psicomotor, com e sem demência, tem sido um dos temas atuais mais abordados ao nível da investigação mais recente e da atividade profissional dos psicomotricistas (e.g.: Morais, Santos e Lebre, 2016; Pinheiro e Santos, 2016), de forma a otimizar os planos de intervenção com esta população (Morais, 2007). De qualquer forma, a abordagem acerca da noção corporal no envelhecimento patológico no seio da investigação científica ainda é escassa, com um número reduzido de trabalhos que estudam estes aspetos e mais reduzidos ainda os que procuram averiguar os fatores que influenciam a somatognosia na senilidade.

Deste modo, estão reunidas as condições para se apresentar o estudo acerca da noção corporal de gerontes com demência, procurando especificar os domínios

mais afetados e determinar alguns fatores que possam influenciar a somatognosia nesta população, o qual será abordado no artigo seguinte.

Referências

- Abellán, R. (2005). Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad. *Revista Iberoamericana da Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 17: 89-106.
- Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P. e Sandnabba, N. K. (2009). The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal of aging and health*. 21 (8), 1112-1132. doi: 10.1177/0898264309348023.
- American Psychiatry Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª Ed). Washington: APA.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. (2ª edição). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Araújo, C. e Nicoli, J. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*. 13, (1), 231-244.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2013). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. In *Documentação de apoio à audiência com o grupo de trabalho de educação especial da Comissão de Educação Ciência e Cultura*. Acedido Janeiro 20, 2017, em: <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Dossier%20AR%20%20Vers%C3%A3o%20Digital.pdf>.
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001a). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (15-43). Marseille: Groupe de Boeck.
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001b). Aspects psychomoteurs du vieillissement pathologique. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (45-76). Marseille: Groupe de Boeck.
- Bailey, K, Cline, L. e Gammage, K. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body image*. 17, 88-99. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.02.007.
- Baker, L. e Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society*. 29 (06), 977-995. doi: 10.1017/S0144686X09008721.
- Bakhshi, S. (2011). Women's body image and the role of culture: A review of the literature. *Europe's Journal of Psychology*. 7(2), 374-394. doi: 10.5964/ejop.v7i2.135.
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e Lentidão Psicomotora. In P. Correia, M. Espanha e J. Barreiros (Eds.), *Envelhecer Melhor com a Atividade Física* (63-71). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.), *Atividade Física e Envelhecimento* (89-104). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Barreto, J. (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*. 30 (4), 173-18.
- Bermúdez, J. (2000). *The paradox of self-consciousness*. MIT Press.
- Bigio, E. (2013). Making the diagnosis of frontotemporal lobar degeneration. *Archives of pathology e laboratory medicine*. 137(3), 314-325. doi: 10.5858/arpa.2012-0075-RA.
- Bize, P e Vallier, C. (1985). *Uma nova vida: a terceira idade*. Lisboa: Verbo.

- Bond, R., Downey, L., Weston, P., Slattery, C., Clark, C., Macpherson, K., ... e Warren, J. D. (2016). Processing of self versus non-self in Alzheimer's disease. *Frontiers in human neuroscience*. 10, 1-10. doi: 10.3389/fnhum.2016.00097.
- Bott, N., Radke, A., Stephens, M. e Kramer, J. (2014). Frontotemporal dementia: diagnosis, deficits and management. *Neurodegenerative Disease Management*. 4(6), 439–454. doi:10.2217/nmt.14.34.
- Bozeat, S., Gregory, C., Ralph, M. e Hodges, J. (2000). Which neuropsychiatric and behavioural features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*. 69 (2), 178-186.
- Bucher, H. (1985). *Troubles psycho-moteurs chez l'enfant: pratique de la rééducation psycho-motrice* (2 édition). Paris: Masson.
- Caramelli, P. e Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24, 7-10.
- Chandra, S. R. e Issac, T. G. (2014). Neurodegeneration and mirror image agnosia. *North American journal of medical sciences*. 6 (9), 472-477. doi: 10.4103/1947-2714.141647.
- Chrisler, J. (2007). Body image issues of women over 50. In V. Muhlbauer e J. C. Chrisler (eds.), *Women Over 50* (6-25). Springer US.
- Chrisler, J. e Ghiz, L. (2014). Body Image Issues of Older Women. In N.D. Davis, E. Cole, E. D. Rothblum (Eds), *Faces of Women and Aging* (67-76). USA: Routledge.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social science e medicine*. 57 (6), 1017-1029.
- Collier, L. e Jakob, A. (2016). The Multisensory Environment (MSE) in Dementia Care: Examining Its Role and Quality From a User Perspective. *Health Environments Research & Design Journal*. 1, 1-13. doi: 10.1177/1937586716683508.
- Collier, L., McPherson, K., Ellis-Hill, C., Staal, J. e Bucks, R. (2010). Multisensory stimulation to improve functional performance in moderate to severe dementia—interim results. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 25(8), 698-703. doi: 10.1177/1533317510387582..
- Correia, P. e Espanha, M. (2010). *Aparelho Locomotor*. Cruz Quebrada: FMH Edições
- Correia, P. e Silva, P. (1999). Alterações da Função Neuromuscular no Idoso. In P. Correia, M. Espanha e J. Barreiros (Eds.), *Envelhecer Melhor com a Atividade Física* (51-61). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Cruz, J., Barbosa, A., Marques, A., Figueiredo, D. e Sousa, L. (2010). Improving dementia care: A multi-sensory stimulation approach. Conference Paper presented at I International Health Congress Gaia-Porto, At Oporto. Acedido Abril 20, 2017, em: https://www.researchgate.net/profile/Joana_Cruz/publication/278392699
- Damásio, A. (2013). *O Sentimento de Si: Corpo, Emoção e Consciência*. Lisboa: Temas e Debates.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Éditions Du Seuil.
- Donaghy, P. e McKeith, I. (2014). The clinical characteristics of dementia with Lewy bodies and a consideration of prodromal diagnosis. *Alzheimer's research e therapy*. 6(4), 1-12. doi: 10.1186/alzrt274.
- Downey, L., Mahoney, C., Rossor, M., Crutch, S. e Warren, J. (2012). Impaired self-other differentiation in frontotemporal dementia due to the C9ORF72 expansion. *Alzheimer's research e therapy*. 4(5), 1-6. doi: 10.1186/alzrt145.

- Downey, L. E., Fletcher, P. D., Golden, H. L., Mahoney, C. J., Agustus, J. L., Schott, J. M., ... e Crutch, S. J. (2014). Altered body schema processing in frontotemporal dementia with C9ORF72 mutations. *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*. 85 (9), 1016-1023. doi:10.1136/jnnp-2013-306995.
- Drummond, M. (2003). Retired men, retired bodies. *International Journal of Men's Health*, 2(3), 183-199.
- Engelhardt, E., Tocquer, C., André, C., Moreira, D., Okamoto, I. e Cavalcanti, J. (2011). Demência Vascular. Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dementia Neuropsychologia*. 5 (1), 49-77.
- Ermida, J. (1999). Processo de Envelhecimento. In *O Idoso – Problemas e Realidades* (41-50). Coimbra: FORMASAU.
- Feneyrols, A. (2001). Contribution du bilan neuropsychologique dans le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer. In E. Aubert e J.M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (135-154). Marseille: Groupe de Boeck.
- Fernandes, P. (2002) A depressão no Idoso. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferraro, F. R., Muehlenkamp, J. J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T., & Hoverson, F. (2008). Aging, body image, and body shape. *The Journal of General Psychology*. 135 (4), 379-392. doi: : 10.3200/GENP.135.4.379-392.
- Fonseca, V. (2001a). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2001b). Uma Abordagem Neuropsicológica da Somatognózia. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (109-131). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2009). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese Psicomotora. In V. Fonseca (Ed.), *Psicomotricidade: Filogênese, ontogênese e retrogênese* (309-344). (3ª Ed.). Rio de Janeiro: Wak Ed.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2011). *Psicomotricidade e Neuropsicologia – uma Abordagem Evolucionista*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fragoso, I. e Vieira, F. (2006). Variabilidade morfológica no idoso. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.), *Atividade Física e Envelhecimento* (61-70). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Gabbard, C. (2008). *Lifelong Motor Development*. (5ª Ed.). San Francisco: Pearson.
- Gast, J. e Peak, T. (2011). "It used to be that if it weren't broken and bleeding profusely, I would never go to the doctor": Men, masculinity, and health. *American journal of men's health*. 5 (4), 318-331. doi: 10.1177/1557988310377926.
- Gil, R. (2007). Conscience de soi, conscience de l'autre et démences. *Psychologie e NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 5(2), 87-99.
- Goswami, P. (2013). Ageing and its effect on body self-image, mood and self-esteem of middle age women. *Journal Of Humanities and Social Science*. 18 (5), 63-73.
- Graham, D., Kunik, M., Doody, R. e Snow, A. (2005). Self-reported awareness of performance in dementia. *Cognitive Brain Research*. 25 (1), 144-152. doi: 10.1016/j.cogbrainres.2005.05.001.
- Grewal, R. (1994). Self-recognition in dementia of the Alzheimer type. *Perceptual and motor skills*. 79 (2), 1009-1010.

- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. USA: Routledge.
- Halliwell, E. e Dittmar, H. (2003). A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. *Sex Roles*. 49 (11-12), 675-684. doi: 10.1023/B:SERS.00000003137.71080.97.
- Hampson, C. e Morris, K. (2016). Dementia: sustaining self in the face of cognitive decline. *Geriatrics*. 1(4), 25-30. doi: 10.3390/geriatrics1040025.
- Hartikainen, S., Lönnroos, E. e Louhivuori, K. (2007). Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 62 (10), 1172-1181. doi: 10.1093/gerona/62.10.1172.
- Head H. (1920). *Studies in neurology*. Vol. 2. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Hill, L., Trusler, K., Furniss, F. e Lancioni, G. (2012). Effects of multisensory environments on stereotyped behaviours assessed as maintained by automatic reinforcement. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 25(6), 509-521. doi: 10.1111/j.1468-3148.2012.00697.x.
- Hirono, N., Mori, E., Tanimukai, S., Kazui, H., Hashimoto, M., Hanihara, T., e Imamura, T. (1999). Distinctive neurobehavioral features among neurodegenerative dementias. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 11(4), 498-503. doi: 10.1176/jnp.11.4.498.
- Hofmeier, S., Runfola, C., Sala, M., Gagne, D., Brownley, K. e Bulik, C. (2017). Body image, aging, and identity in women over 50: The Gender and Body Image (GABI) study. *Journal of Women e Aging*. 29 (1), 3-14. doi: 10.1080/08952841.2015.1065140.
- Homan, K. e Boyatzis, C. (2009). Body image in older adults: Links with religion and gender. *Journal of Adult Development*. 16(4), 230-238. doi: 10.1007/s10804-009-9069-8.
- Hurd, L. (2000). Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women e Aging*. 12 (3-4), 77-97. doi: 10.1300/J074v12n03_06.
- Instituto Nacional de Estatística, I.N.E. (2013). Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos 2011. *Revista de Estudos Demográficos*. 51/52, 5-38.
- Instituto Nacional de Estatística, I.N.E. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Acedido Fevereiro 4, 2017 em : file:///C:/Users/Patricia/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015.pdf.
- Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec: PUL et Chronique Sociale.
- Kashiwa, Y., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Nakamura, K., Ueda, H. e Fukui, K. (2005). Anosognosia in Alzheimer's disease: association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 59 (6), 697-704. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01439.x.
- Klages, K., Zecevic, A., Orange, J. e Hobson, S. (2011). Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 25 (7), 607-616. doi: 10.1177/0269215510394221.
- Knight, T., Illingworth, K. e Ricciardelli, L. (2009). Health implications of body size perception and weight tolerance in older adults. *Journal of health psychology*. 14 (3), 425-434. doi: 10.1177/1359105309102198.
- Kontos, P. (2005). Embodied selfhood in Alzheimer's disease. *Dementia*. 4 (4), 553-570. doi: 10.1177/1471301205058311.

- Kwok, H., To Y. e Sung, H. (2003). The application of a Multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities. *Hong Kong Medical Journal*. 9 (2), 122-126.
- Le Boulch, J. (1972). *Educación por el movimiento: en la escuela primaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*. 18 (6), 332-336.
- Liechty, T., Ribeiro, N., Sveinson, K. e Dahlstrom, L. (2014). "It's about what I can do with my body": body image and embodied experiences of aging among older Canadian men. *International Journal of Men's Health*. 13 (1), 3-21. doi: 10.3149/jmh.1301.
- Loland, N. (2000). The aging body: Attitudes toward bodily appearance among physically active and inactive women and men of different ages. *Journal of Aging and Physical Activity*. 8 (3), 197-213. doi: 10.1123/japa.8.3.197.
- Madera, M. (2005). A Relação Interpessoal na Psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*. 6, 47-55.
- Mahoney, C., Beck, J., Rohrer, J., Lashley, T., Mok, K., Shakespeare, T., ... e Rossor, M. (2012). Frontotemporal dementia with the C9ORF72 hexanucleotide repeat expansion: clinical, neuroanatomical and neuropathological features. *Brain*. 135 (3), 736-750. doi: 10.1093/brain/awr361.
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne (Ed.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (33-46). Toulouse: Érès.
- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, A., Rocha, V., Pinto, M., Sousa, L. e Figueiredo, D. (2015). Comorbidities and medication intake among people with dementia living in long-term care facilities. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33 (1), 42-48.
- Marshall, E., Lengyel, O. e Menec, H. (2014). Body image and body work among older women: a review. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*. 7(4), 198-210. doi: 10.1108/EIHSC-11-2013-0042.
- Martins, R. (2001). Questões Sobre a Identidade da Psicomotricidade. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: FMH Edições.
- Martins, R. (2005). Corpo e motricidade na construção da identidade. In D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (Des)conhecemos* (219-247). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- McKinley, N. e Lyon, L. (2008). Menopausal attitudes, objectified body consciousness, aging anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body image*. 5 (4), 375-380. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.07.001.
- Menezes, T., Lopes, R. e Azevedo, R. (2009). A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 11 (3), 598-604.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenologia de la percepción*. Madrid: Planeta Agostini.
- Michel, S. (2009). Approches thérapeutiques pour les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*. 33 (9), 35-40.
- Modange, L. e Chaumont, V. (2001). La chute du sujet âgé: approche psychologique et pratique psychomotrice. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (219-230). Marseille: Groupe de Boeck.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*. 10, 25-33.

- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Gerontopsychomoteur. *Educational Gerontology*. 42(7): 516-527 Doi: 10.1080/03601277.2016.1165068
- Morris, R. e Mograbi, D. (2013). Anosognosia, autobiographical memory and self knowledge in Alzheimer's disease. *Cortex*, 49 (6), 1553-1565. doi: 10.1016/j.cortex.2012.09.006.
- Mozaz, M. e Morris, R. (1997). Identification of body parts in Alzheimer's disease: Evidence for a body schema hypothesis. *International Journal of Neuroscience*. 89 (3-4), 207-216.
- Nunes, B. e Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação* (Vol. 1). Lisboa: LIDEL.
- Núñez, J. & González, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade n Ancianos Institucionalizados. In R. Martins & V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (221-240). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Olalla, L. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporals*. 33 (9), 27-34.
- Oliveira, S. (2009). Envelhecer con sabiduría. *Revista iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 33, 45-54.
- Paillard, J. (1980). Le corps situé et le corps identifié. *Revue Médecine Suisse Romande*. 100 (2), 129 - 141
- Pearlman, S. (2014). Late Mid-Life Astonishment : Disruptions to Identity and Self-Esteem. In N. Davis, E. Cole e E. Rothblum (Eds), *Faces of Women and Aging* (1-12). USA: Routledge.
- Peat, C., Peyerl, N., Ferraro, F. e Butler, M. (2011). Age and body image in Caucasian men. *Psychology of Men e Masculinity*. 12 (2), 195-200. doi: 10.1037/a0021478.
- Pelegriño, P (2009). *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*. 4, 88-93.
- Pereira, E., Segheto, W., Miranda, M., Velardi, M., Neto, A., Dantas, D. ... e Gama, E. F. (2010). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 7 (supl.1). 20-28. doi: 10.5335/rbceh.2010.045.
- Pinheiro, C. e Santos, S. (2016). O envelhecimento psicomotor das pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade* (no prelo).
- Pordata (2017). *BI de Portugal*. Acedido Abril 20, 2017, em <http://www.pordata.pt/Portugal>.
- Potel, C. (2015). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité?. In C. Baranes (Ed.), *Être Psychomotricien* (111-149). Toulouse: Érès.
- Pressman, P. e Miller, B. (2014). Diagnosis and management of behavioral variant frontotemporal dementia. *Biological psychiatry*. 75(7), 574-581. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.11.006.
- Quaresma, M. e Pitaud, P. (2007). *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias: perspectivas e análises: Portugal, Espanha, França e Itália*. Lisboa: Univ. Lusíada Ed

- Rankin, K., Baldwin, E., Pace-Savitsky, C., Kramer, J. e Miller, B. (2005). Self awareness and personality change in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*. 76 (5), 632-639. doi: 10.1136/jnnp.2004.042879.
- Reddy, S. (2013). Understanding the body image experiences of older men. *International Journal of Humanities and Social Science*. 3 (9), 34-42. DOI:
- Reel, J., SooHoo, S., Summerhays, J. e Gill, D. (2008). Age before beauty: an exploration of body image in African-American and Caucasian adult women. *Journal of Gender Studies*. 17 (4), 321-330. doi: 10.1080/09589230802419963.
- Robayo, A. e Reyes, C. (2009). Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38 (4), 717-738.
- Robinson, T. e Callister, M. (2008). Body image of older adults in magazine advertisements: A content analysis of their body shape and portrayal. *Journal of Magazine and New Media Research*. 10 (1), 1-16.
- Rocha, I. (2009). Consciência corporal, esquema corporal e imagem do corpo. *Corpus et Scientia*. 5 (2), 26-36.
- Rodrigues, D. (1998). *Corpo, espaço e movimento: A representação espacial do corpo em crianças com paralisia cerebral*. Lisboa: INIC.
- Rodrigues, D. (2005). Corporeidade e exclusão social. In D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (Des)conhecemos* (33-46). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Rodrigues, D. e Lima, L. (2004). Dimensões da Consciência Corporal. *A Psicomotricidade*. 4, 46-55.
- Rodríguez, E. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 11, 13-28.
- Rodríguez, M. J. C. e Llauredó, M. C. (2010). Estimulación multisensorial en un espacio Snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 50 (4), 22-32.
- Ropper, A., Samuels, M. e Klein, J. (2014). *Adams and Victor's Principles of Neurology*. (10ª Ed.). New York: McGraw Hill.
- Sabik, N. (2016a). Is social engagement linked to body image and depression among aging women?. *Journal of Women e Aging*. 14, 1-12. doi: 10.1080/08952841.2016.1213106.
- Sabik, N. (2016b). Body Image. In S. Whitbourne (Ed.), *The Encyclopedia of Adulthood and Aging* (1-5). John Wiley e Sons, Inc. doi: 10.1002/9781118528921.wbeaa063.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. e Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*. 28 (2), 182-188.
- Schlindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências*. 18(2), 220-226.
- Segurança Social (2017). *Idosos*. Acedido Janeiro 20, 2017, em: <http://www.seg-social.pt/idosos>.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serrano-Pozo, A., Frosch, M., Masliah, E. e Hyman, B. (2011). Neuropathological alterations in Alzheimer disease. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 1(1), 1-23. doi: 10.1101/cshperspect.a006189.

- Simm, L. A., Jamieson, R., Ong, B., Garner, M. e Kinsella, G. (2015). Making sense of self in Alzheimer's disease: reflective function and memory. *Aging e mental health*, 1-8. doi: 10.1080/13607863.2015.1120706.
- Spar, J. e La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tessier, N. (2001). Des personnes âgées et des pratiques. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (231-243). Marseille: Groupe de Boeck.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*. 1, 29-41. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00002-0.
- Tulle, E. (2008). The ageing body and the ontology of ageing: athletic competence in later life. *Body e Society*. 14 (3), 1-19. doi: 10.1177/1357034X08093570.
- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 15, 10-23.
- Van Der Linden, M., Collette, F. e Juillerat, A. (2001). Une approche cognitive de la démence: implications pour l'évaluation et la prise en charge des patients déments. In E. Aubert e J. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (115-134). Marseille: Groupe de Boeck.
- Vasconcelos, M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 12, 51-59.
- Verhülsdonk, S., Quack, R., Höft, B., Lange-Asschenfeldt, C. e Supprian, T. (2013). Anosognosia and depression in patients with Alzheimer's dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*. 57(3), 282-287. doi: 10.1016/j.archger.2013.03.012.
- Viegas, P. (2003) Snoezelen – um recurso para o psicomotricista. *A Psicomotricidade*. 1 (1), 61-70.
- Walker, Z., McKeith, I., Rodda, J., Qassem, T., Tatsch, K., Booij, J., ... e O'Brien, J. (2012). Comparison of cognitive decline between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: a cohort study. *BMJ Open*. 2 (1), 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000380.
- Wallon, H. (1979). *Do acto ao pensamento: ensaio de psicologia comparada*. Lisboa: Moraes Editores.
- WHO (2012). *About ageing and life-course*. Acedido a 13 de Dezembro de 2016, do sítio: http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/en/.
- Zamboni, G., Drazich, E., McCulloch, E., Filippini, N., Mackay, C., Jenkinson, M., ... e Wilcock, G. (2013). Neuroanatomy of impaired self-awareness in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cortex*. 49 (3), 668-678. doi: 10.1016/j.cortex.2012.04.011.
- Zazzo, R. (1948). Images du corps et conscience de soi. *Enfance*. 1 (1), 29-43. doi: 10.3406/enfan.1948.1295.
- Zeiler, K. (2014). A philosophical defense of the idea that we can hold each other in personhood: Intercorporeal personhood in dementia care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 17, 131–141. doi: 10.1007/s11019-013-9515-z.

Artigo 2: Estudo da noção corporal do geronte com demência

Resumo: A noção corporal é um dos fatores psicomotores que mais sofre alterações ao longo do envelhecimento especialmente nos quadros demenciais, pelo que se verifica a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre este tema, para um planeamento mais ajustado da Intervenção Psicomotora. O presente estudo visa a análise da noção corporal de gerontes com demência, determinando os principais fatores que a influenciam (e.g.: género, escolaridade, tipos de apoio prestados, o grupo etário, o diagnóstico demencial, a medicação, a atividade física, a intervenção terapêutica). Foi utilizada uma amostra de 118 gerontes entre os 61 e os 99 anos (80.71 ± 7.27), 80 do género feminino e 38 do género masculino, com demência (doença de Alzheimer, demência vascular e não-especificada), avaliada pelo domínio do conhecimento das partes do corpo da versão portuguesa do Exame Geronto-Psicomotor (EGP). Os resultados demonstraram que independentemente do diagnóstico, os gerontes com demência parecem apresentar uma noção corporal satisfatória; as variáveis que apresentaram diferenças significativas nos itens em estudo foram a medicação, a atividade física e a intervenção terapêutica ($p < .05$). As conclusões e limitações do estudo são descritas no final, recomendando-se o aprofundamento na área, para intervenções mais adequadas e centradas na pessoa.

Palavras-Chave: Senescência, Demência, Noção Corporal, Avaliação Psicomotora, Gerontopsicomotricidade

Abstract: Body awareness has been described as a key psychomotor factor that suffers many changes with aging, particularly in dementia syndromes. This study aims to analyse the body image of elderly with dementia, determining the main factors that influence it (e.g.: gender, age, education, support provided, medication, diagnosis of dementia, physical activity, therapeutic intervention). A sample of 118 participants, aged between 61 and 99 years (80.71 ± 7.27), 80 females and 38 males, with dementia (Alzheimer's disease, vascular and unspecified dementia) were evaluated using the Portuguese version of Psychomotor Examination, specifically the items to assess the knowledge of body parts. Results showed that, regardless of the diagnosis, elderly people with dementia present a satisfactory body image. Variables with impact in body perception were medication, physical activity and therapeutic intervention ($p < .05$). Finally, conclusion and recommendations to assist psychomotor therapists are presented.

Key-words: Senescence, Dementia, Body Perception, Psychomotor Evaluation, Psychomotor Therapy for the Elderly

Introdução

O envelhecimento é uma experiência corporal (Liechty, Ribeiro, Sveinson e Dahlstrom, 2014), na qual se vivencia a regressão biológica, perceptiva, sensorial e cognitiva (Aubert e Albaret, 2001; Barreiros, 2006; Pelegrino, 2009; Sequeira, 2010), associadas à diminuição das competências adaptativas, psicomotoras e funcionais, com implicações ao nível do desempenho e da autonomia do geronte (Fonseca, 2009). O corpo geronte sofre mudanças morfológicas (Fragoso e Vieira, 2006) e na aparência facial (Pearlman, 2014) que podem originar sentimentos de desarmonia com o mesmo, exigindo uma reestruturação somatognósica (Rodríguez, 2003).

A noção corporal, ou imagem corporal ou somatognosia, refere-se à consciencialização do corpo objetivo e subjetivo, da qual surge uma representação mental e estruturada, base de todas as outras representações e relações com o meio, que atinge as diferentes formas de comunicação (Fonseca, 2010; Martins, 2005). Trata-se de uma “função psico(socio)motora” (Fonseca, 2011, p.26) que integra o esquema corporal - o conhecimento mais instantâneo do corpo e a totalidade das experiências corporais do sujeito, da sensação à motricidade, da morfologia à funcionalidade (Barreto, 1999; Dolto, 1984; Le Boulch, 1972; Paillard, 1980; Rodrigues, 1998) - e toda a experiência emocional e afetiva, num plano simbólico e social (Fonseca, 2010; Potel, 2015; Rocha, 2009; Sabik, 2016). Neurologicamente, a somatognosia depende subcorticalmente da substância reticulada, cerebelo e sistema límbico (Fonseca, 2001b); e, corticalmente, do córtex somatossensorial parietal (Fonseca, 2001a, 2010, 2011; Rodrigues, 1998). Enquanto resultante de um conjunto de aspetos culturais, sociais e pessoais (Sabik, 2016), esta função altera-se ao longo da vida (Juhel, 2010), constatando-se um maior conhecimento do próprio corpo nas fases da adolescência e idade adulta comparativamente à senescência (Pereira et al., 2012). As alterações na noção corporal podem refletir-se nos planos perceptivo, gnósico-prático e socioemocional (Juhel, 2010; Maintier, 2011).

Atualmente, na população geronte verifica-se uma elevada prevalência dos quadros demenciais (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho, 2015). A sintomatologia demencial engloba problemas ao nível da cognição, linguagem, personalidade e comportamento, gnosis e praxias (Araujo e Nicoli, 2010; Bigio, 2013; Bott, Radke, Stephens e Kramer, 2014; Donaghy e McKeith, 2014; Fontaine, 2000; Michel, 2009; Nunes e Pais, 2006; Pressman e Miller, 2014; Quaresma e Pitaud, 2007; Serrano-Pozo, Frosch, Masliah e Hyman, 2011; Van Der Linden, Collette e Juillerat, 2001; Walker et al., 2012), que interferem com o desempenho do indivíduo nos vários contextos do quotidiano (American Psychiatry Association – APA, 2013; Schindwein-

Zanini, 2010), refletindo-se na diminuição da autonomia da pessoa (Aubert e Albaret, 2001).

Os quadros demenciais estão associados à desintegração da personalidade, derivadas do declínio e perda de funções cognitivas como a memória e a consciência (Hampson e Horris, 2016). Esta população também evidencia dificuldades em garantir uma autoimagem atualizada (Simm, Jamieson, Ong, Garner e Kinsella, 2015), demonstrando a desintegração progressiva da sua noção corporal (Rodríguez, 2003) que se repercute na dificuldade de reconhecimento do próprio, dos outros e do envolvimento (Maintier, 2011).

Nos indivíduos com Doença de Alzheimer (DA), a desorganização somatognósica depende do nível de gravidade da doença (Graham, Kunik, Doody e Snow, 2005; Grewal, 1994; Kashiwa et al., 2005; Verhülndonk et al., 2013). A redução progressiva da regulação tonicoemocional e da motricidade, características na DA (Michel, 2009; Rodríguez, 2003), originam défices gnósico-visuais, visuo-construtivos e apraxia, comprometendo o reconhecimento de imagens, a capacidade construtiva, a evocação e reprodução de posturas e gestos simbólicos (Feneyrols, 2001; Michel, 2009). Por outro lado, ocorre um decréscimo gradual da consciência e do conhecimento do próprio (Bond et al., 2016; Gil, 2007; Morris e Mograbi, 2013; Rankin, Baldwin, Pace-Savitsky, Kramer e Miller, 2005), provocadas pelas falhas de ativação do córtex pré-frontal e dos lobos temporais (Zamboni et al., 2013), agravando a desorganização somatognósica (Rodríguez, 2003).

Grewal (1994) verificou que indivíduos com DA moderada autorreconhecem-se frente ao espelho e são capazes de apontar e nomear partes do corpo (nariz e cotovelo), enquanto os com DA severa apresentaram resultados significativamente inferiores. Estes resultados foram corroborados por Mozaz e Morris (1997), os quais averiguaram que 44% dos indivíduos com demência erraram pelo menos uma vez na identificação de dez partes do seu corpo (orelha, ombro, pálpebra, peito, dedo, pulso, coxa, lábios, bochecha e cotovelo), sendo que três participantes tinham DA moderada (n=13) e 12 tinham DA severa (n=21).

Sujeitos com demência de corpos de Lewy (DCL) também evidenciam problemas na imagem corporal, nomeadamente ao nível da agnosia da imagem espelhada (Chandra e Issac, 2014). Na demência frontotemporal (DFT), destaca-se a mutação C9ORF72 associada a disfunções no esquema corporal, nomeadamente na representação das partes do corpo, mesmo com preservação intelectual geral (Downey et al., 2014). Esta mutação provoca a perda cortical nos lobos parietal,

temporal e frontal bem como a atrofia do tálamo e cerebelo, que originam défices das memórias visual, verbal e topográfica, dificuldades na percepção de objetos e espaços, apraxia e anomia (Mahoney et al., 2012), os quais parecem relacionar-se com o défice na diferenciação do Eu/Não-Eu (Downey et al., 2012).

Existem ainda outras demências degenerativas como a demência vascular (Van der Linden et al., 2001), cujas manifestações neuropsicológicas dependem da causa e da localização do acidente cerebral (Spar e La Rue, 2005). Associadas à desorganização somatognósica poderão estar as lesões vasculares no córtex cerebral que originam afasia, apraxia e distúrbios visuoespaciais, e ainda a afetação das estruturas límbicas da qual resultam problemas de memória, de evocação e reconhecimento (Araújo e Nicoli, 2010). A APA (2013) especifica ainda mais oito tipos de perturbações neurocognitivas (demências), contudo quando a etiologia não pode ser determinada com certeza ou quando não são satisfeitos todos os critérios de diagnóstico de um dos subtipos, atribui-se o termo “não especificada” (p. 643).

Para além do diagnóstico demencial, a literatura aponta outras variáveis que influenciam a noção corporal do geronte como o género (Algars et al., 2009; Homan e Boyatzis, 2009; Menezes, Lopes e Azevedo, 2009; Sabik, 2016), idade (Baker e Gringart, 2009; Drummond, 2003; Peat, Peyerl, Ferraro e Butler, 2011), habilitações literárias (Barreto, Ferrandez, Guihard-Costa, 2011; McLaren e Kuh, 2004; Ochnik e Rosmus, 2016), contexto sociocultural (Bakhshi, 2011; Reddy, 2013; Reel, SooHoo, Summerhays e Gill, 2008), nível de atividade física (Menezes, Brito, Oliveira e Pedraza, 2014; Meurer, Benedetti e Mazo, 2009; Loland, 2000; Tulle, 2008), características pessoais (Marshall, Lengyek e Menec, 2014; Menezes et al., 2014), entre outros.

O género feminino parece denotar maior preocupação com a sua aparência (Algars et al., 2008; Marshall et al., 2014), apresentando níveis de satisfação reduzidos face às mudanças corporais decorrentes do envelhecimento (Halliwell e Dittmar, 2003; Hofmeier et al. 2017), traduzindo-se numa imagem corporal negativa (Bailey, Cline e Gammage, 2016). As evidências na área no que toca ao género masculino apresentam ainda resultados contraditórios variando entre uma noção positiva (Algars et al., 2009; Drummond, 2003) ou negativa em resultado da diminuição das capacidades físicas e motoras (Halliwell e Dittmar, 2003). A idade também é uma variável com impacto na somatognosia: Baker e Gringart (2009) reportam uma imagem mais negativa do corpo pelo género feminino quando entra na menopausa (e até aos 70 anos) quando comparadas com idosas com mais de 70 anos, as quais experienciam menos ansiedade em relação ao seu corpo (Bailey et al., 2016).

Sobre as habilitações literárias, não há um consenso científico acerca da sua pertinência na somatognosia dos gerontes. Contrariamente ao género masculino, no género feminino, o grau de escolaridade encontra-se negativamente associado à satisfação com o funcionamento corporal (Barreto, Ferrandez e Guihard-Costa, 2011), com a aparência (McLaren e Kuh, 2004) e com a autoperceção da atratividade física (Ochnik e Rosmus, 2016). Reboussin e colaboradores (2000) contrariam estes autores, não tendo encontrado diferenças significativas na satisfação corporal de acordo com o nível de educação em gerontes de ambos os géneros.

A atividade física também parece atuar como preditor de uma melhor noção corporal na senescência (Loland, 2000). Os sujeitos do género masculino procuram investir na capacidade motora para um maior funcionamento independente, proatividade e habilidade física (Drummond, 2003; Gast e Peak, 2011). Esta ideia é também partilhada pelo género feminino para quem a atividade física estimula a forma e aparência física, promovendo a relação corpo/mente (Tulle, 2008).

Acerca dos apoios que o geronte dispõe, a institucionalização pode condicionar a somatognosia na medida em que, o confronto regular com a doença e o fim da vida (do próprio e/ou dos pares) afeta as relações interpessoais e a sua autoimagem (Dolto, 1984). Quanto aos tratamentos da demência, a farmacologia abranda o desenvolvimento da doença e o controlo dos sintomas (Madera, 2005; Spar e La Rue, 2005), contudo a sobremedicação (Marques, Rocha, Pinto, Sousa e Figueiredo, 2015) pode comprometer a função cognitiva e psicomotora (Hartikainen, Lönnross e Louhivuori, 2007). O tratamento não-farmacológico pode ser um bom complemento à terapêutica anti demencial; a intervenção psicomotora, em particular, potencia as capacidades do geronte e atua nas suas dificuldades ou sintomas (Morais, 2007; Pereira, 2004).

A dificuldade na consciencialização do Eu e do Outro na demência conduz a um maior risco de desentendimento na comunicação e interação social (Simm et al., 2015). Por outro lado, a presença do Outro torna-se crucial para a identificação do próprio (Clare, 2003) uma vez que pela mediação com o Outro é possível reencontrar as sensações, a linguagem e a consciência do corpo (Maintier, 2011). Neste sentido, a gerontopsicomotricidade pode atuar na expressão e capacidade de relação pelo gesto e pelo movimento do indivíduo, incrementando a sua autorrepresentação (Madera, 2005). A estimulação de novas ações e de novas relações possibilita a exploração da corporeidade (Oliveira, 2009), a regulação tonicoemocional e o prazer do movimento (Vasconcelos, 2003), promovendo uma autoimagem adequada, que inclui as

capacidades e as limitações (Morais, 2007; Olalla, 2009) com a (re)conexão do Eu Corporal (Abellán, 2005).

A intervenção na noção corporal parte da percepção global do corpo para a consciencialização dos segmentos corporais (Bucher, 1985). No contexto geriátrico, este trabalho pode ser realizado através da estimulação de diferentes sensações a fim de melhorar a (re)conexão com o corpo e a reapropriação do movimento (Modange e Chaumont, 2001). Para além disso, deve-se privilegiar a realização adequada dos movimentos porque requer o foco da atenção para o corpo, permitindo a redescoberta dos segmentos corporais e a adaptação psíquica ao corpo atual (Juhel, 2010). A estimulação somatognósica com gerontes com demência deve realizar-se através do trabalho respiratório, da relaxação (Michel, 2009; Olalla, 2009; Tessier, 2001), da estimulação sensorial (Collier e Jakob, 2016; Robayo e Reyes, 2009) e da atividade lúdica com recurso às terapias expressivas (Morais, 2007; Olalla, 2009).

Devido à escassez de estudos na área e à necessidade de um melhor conhecimento acerca do envelhecimento psicomotor e da somatognosia na demência em particular para a intervenção do psicomotricista, o presente estudo visa a análise da noção corporal de gerontes com demência, especificando os aspetos mais afetados nesta população. Pretende-se ainda determinar os principais fatores que influenciam a somatognosia nesta população (e.g.: género, escolaridade, tipos de apoio prestados, o grupo etário, o diagnóstico demencial, a medicação, a atividade física, a intervenção terapêutica).

Metodologia

Amostra

A amostra (tabela 2), de conveniência, é constituída por 118 participantes, entre os 61 e os 99 anos (80.71 ± 7.27), com diagnóstico de demência (demência não-especificada, doença de Alzheimer e demência vascular), 80 do género feminino e 38 do género masculino. Mais de metade dos participantes ($n=63$) apresenta um segundo diagnóstico de uma condição crónica (e.g.: hipertensão, diabetes mellitus). A maioria dos indivíduos recebe apoios e serviços (95.8%), que oscilam entre o apoio domiciliário e o internamento de longa duração, e mais de metade tem intervenção terapêutica não-farmacológica (56.8%). Cerca de três quartos dos participantes não pratica atividade física ($n=89$) e o local de aplicação do instrumento varia entre o meio domiciliário (21.2%) e o institucional (78.8%).

Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra

		N	%
Gênero			
	Masculino	38	32.2
	Feminino	80	67.8
Idade		80.71 ± 7.27	
Grupos Etários			
	61 – 70 anos	66.96 ± 2.67	12 10.2
	71 – 80 anos	76.53 ± 3.03	40 33.9
	81 – 90 anos	84.43 ± 2.74	56 47.6
	91 – 99 anos	93.10 ± 2.68	10 8.5
Escolaridade			
	Menos de 4 anos de escolaridade analfabetos	24	20.3
	De 4 a 9 anos de escolaridade	52	44.1
	12º ano, 9 ou mais anos de escolaridade	17	14.4
	Bacharelato	7	5.9
	Licenciatura. Mestrado ou Doutorado	17	14.4
Tipos de apoio			
	Sem necessidade de apoio	5	4.2
	Apoio domiciliário	4	3.4
	Centro de dia/ Hospital de dia	37	31.4
	Internamento de curta duração	4	3.4
	Internamento de média duração	3	2.5
	Internamento de longa duração	65	55.1
Diagnóstico principal			
	Doença de Alzheimer	43	36.4
	Demência Vascular	8	6.8
	Demência Não-Especificada	67	56.8
Diagnóstico Secundário			
	Hipertensão	18	15.3
	Acidente Vascular Cerebral	5	4.2
	Diabetes Mellitus	4	3.4
	Perda de audição	2	1.7
	Cataratas Senis	2	1.7
	Arteriosclerose	1	0.8
	Outros	31	26.3
	Sem diagnóstico	55	46.6
Tipos de medicamentos			
	Antidemenciais	1	0.8
	2 Categorias	29	24.6
	<2 Categorias	22	18.6
	Outros	4	3.4
	Sem medicação/ Informação impossível de obter	62	52.5
Atividade Física			
	Sim	29	24.6
	Não	89	75.4
Intervenção Terapêutica			
	Sim	67	56.8
	Não	51	43.2
Local de Aplicação			
	Institucional	93	78.8
	Domicílio	25	21.2

Como critérios de inclusão definiu-se a idade igual ou superior a 60 anos (de acordo com OMS, 2002), a residência em Portugal e o diagnóstico médico de demência previamente estabelecido. Os critérios de exclusão foram a existência de deficiências motoras, intelectuais e sensoriais graves, ou ainda de uma perturbação psiquiátrica grave em fase aguda, uma vez que a medicação habitual nestas fases pode prejudicar o desempenho psicomotor, comprometendo a avaliação do indivíduo.

Instrumento

O *Exame Geronto-Psicomotor (EGP)*, desenvolvido em França, é um instrumento de avaliação das competências psicomotoras de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que visa a obtenção de um perfil psicomotor do avaliado, facilitando o diagnóstico e a intervenção (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011). Atualmente, este instrumento encontra-se na fase final de aferição à população portuguesa (Morais, Santos e Lebre, 2016).

A aplicação do EGP dura aproximadamente uma hora e pode ser feita uma pausa no item 10,4; a aplicação pode decorrer em meio domiciliário ou institucional e a ordem dos itens pode ser alterada e adaptada ao sujeito (Morais et al., 2016). A aplicação do teste não requer muito espaço, embora seja necessária uma iluminação adequada e o cuidado de apresentar apenas os materiais para um dado item de cada vez, reduzindo os estímulos distráteis (Michel et al., 2011). Dos materiais necessários para a aplicação, alguns são adquiridos com o manual, os restantes devem ser adquiridos ou elaborados à parte pelo técnico avaliador (Michel et al., 2011).

O EGP é constituído por 17 itens que avaliam o equilíbrio estático I e II, o equilíbrio dinâmico I e II, a mobilização articular dos membros superiores e dos membros inferiores, a motricidade fina, as praxias, o conhecimento das partes do corpo, a vigilância, as perceções, a memória perceptiva, o domínio espacial e temporal, a memória verbal e a comunicação verbal e não-verbal (Michel, Soppelsa e Albaret, 2010; Moraes, Santos e Lebre, 2012). Cada domínio é subdividido por um ou mais itens; da soma das pontuações das tarefas resulta a cotação total do domínio, que pode variar entre 0 e 6; a soma das pontuações dos domínios perfaz o resultado final do exame (Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012). Para o presente estudo foram utilizados os itens do domínio 10 relativo ao conhecimento das partes do corpo, caracterizado na tabela 3.

Tabela 3. Descrição e cotação dos itens do domínio do conhecimento das partes do corpo do EGP (Morais et al., 2012).

	Descrição	Cotação
10.1	Identificar as diferenças entre duas imagens de figura humana	1 – sem ajuda 0 – com ajuda
10.2	Nomear as partes do corpo ausentes em 3 figuras humanas	1 – de 8 a 13 0.5 – de 5 a 7 0 – de 0 a 4
10.3	Apontar as partes do seu corpo mencionadas pelo avaliador pela seguinte ordem: cabelos, palma da mão, tornozelo, coxa, cotovelo, pescoço, orelha, nuca, barriga, pálpebra	1 – de 8 a 13 0.5 – de 5 a 7 0 – de 0 a 4
10.4	Nomear as diferentes partes do corpo apontadas pelo avaliador pela seguinte ordem: barriga, braço, joelho, cabelo, polegar, boca/lábios, calcanhar, costas, dentes e sobrancelha	1 – de 8 a 13 0.5 – de 5 a 7 0 – de 0 a 4
10.5	a) Imitar as posições corporais feitas pelo avaliador	1 – 4 sucessos 0.5 – de 1 a 3 sucessos 0 – posições não idênticas
	b) Recuperar a posição sem modelo	1 – 4 sucessos 0.5 – de 1 a 3 sucessos 0 – posições não idênticas

Os autores salientam ainda a importância da observação clínica para a avaliação qualitativa de aspetos como a postura, o tônus muscular, as paratonias, a lateralidade, a coordenação dos membros, as sincinesias, as questões levantadas, as hesitações, as repetições, os comentários, entre outros (Michel et al., 2010).

Relativamente às características psicométricas, o EGP apresenta uma boa consistência interna, com um α de Cronbach de .83, na versão original (Michel et al., 2011) e de .92 na portuguesa (Morais et al., 2016). Na versão portuguesa, Moraes e colaboradores (2016) aferiram a validade do conteúdo confirmada por peritos, cuja proporção de acordo é de .89, sendo que os índices da validade de conteúdo dos itens oscilaram entre .92 (critério simplicidade) e .98 (critério clareza), com um índice do total da escala superior a .90 e uma variação do Kappa de Cohen entre o moderado ($k=.30$) e o muito bom ($k=.98$). As autoras verificaram que os domínios da versão portuguesa estão significativamente correlacionados e que há diferenças significativas entre os grupos com e sem demência ($p<.05$ e $p<.001$) nos diferentes domínios, com exceção no da mobilização conjunta dos membros superiores e inferiores. Para além disso, Moraes e colaboradores (2016) constataram uma estrutura fatorial de três fatores explicando 48% da variância total: constrangimentos físicos (.75), prevalência motora (.85) e prevalência cognitiva (.95).

Procedimentos

A Comissão de Ética do Hospital Garcia da Orta confirmou a salvaguarda de todos os procedimentos éticos, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos

participantes. Antes da aplicação dos instrumentos, solicitou-se a autorização das instituições frequentadas pelos indivíduos da amostra, as quais contactaram os prestadores de cuidados para o seu consentimento. O documento do consentimento informado explicitava o objetivo do estudo, bem como todos os procedimentos e etapas do estudo, clarificando-se que a participação era voluntária e que poderiam desistir quando quisessem. Após a recolha dos consentimentos informados assinados, a aplicação do instrumento decorreu de acordo com o respetivo protocolo, por uma equipa de técnicos com formação específica para o efeito, em contexto institucional e domiciliário. Para além disso, foram também recolhidos dados sociodemográficos e do historial clínico dos participantes. Os instrumentos foram aplicados individualmente, em sessões com uma duração média de 50 a 70 minutos.

A análise estatística dos dados foi realizada pelo software PASW Statistics (v. 24, SPSS Inc. Chicago, IL) para valores de $\alpha < .05$. Para o estudo comparativo e para as variáveis binárias do género, apoio, medicação, atividade física e intervenção terapêutica foi utilizado o teste *t-student* e para as variáveis da classe etária, diagnóstico principal e grau de escolaridade recorreu-se ao teste *One-Way Anova*.

Apresentação de Resultados

Numa primeira etapa, realizou-se o estudo da normalidade e embora se tenha verificado uma distribuição não-normal ($p < .05$), tendo como pressuposto a dimensão da amostra ($N=118$) optou-se pela utilização de técnicas paramétricas para análise da existência ou não de diferenças significativas entre os grupos em função das variáveis de estudo. Os valores obtidos para cada item pelos participantes e da análise comparativa para as variáveis género e apoio estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP para todos os participantes e resultados do teste *t-student* para as variáveis género e apoio.

Item	Participantes (n=118)	Género			Apoio		
		G1 (n=38)	G2 (n=80)	p	Com (n=113)	Sem (n=5)	p
1	.67±.43	.66±.42	.67±.44	.90	.67±.43	.40±.42	.16
2	.65±.42	.66±.40	.65±.43	.93	.65±.42	.60±.55	.78
3	.73±.38	.74±.38	.73±.38	.88	.73±.38	.60±.42	.44
4	.72±.39	.74±.41	.71±.38	.75	.73±.38	.50±.50	.20
5a	.52±.38	.50±.35	.53±.40	.68	.52±.39	.50±.35	.90
5b	.37±.39	.33±.41	.39±.38	.45	.38±.39	.20±.45	.32
5c	.89±.72	.83±.69	.92±.73	.53	.90±.72	.70±.76	.55
Total	4.55±2.21	4.45±2.10	4.59±2.27	.74	4.59±2.17	3.50±2.92	.28

$p < .05$; Legenda: G1= Género Masculino; G2= Género Feminino; Item 1= Figura Humana de frente e de costas; Item 2= Figura Humana com partes corporais ausentes; Item 3= Apontar sob designação verbal; Item 4= Nomear as diferentes partes do corpo apontadas; Item 5= Imitação de posições: a) com modelo; b) sem modelo; c) total.

Os resultados da análise comparativa para a medicação, atividade física e intervenção terapêutica encontram-se na tabela 5, os relativos aos grupos etários na tabela 6 e os resultados para as variáveis do diagnóstico principal e grau de escolaridade estão apresentados na tabela 7.

Tabela 5. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP e resultados do teste t-student para as variáveis medicação, atividade física e intervenção terapêutica.

Item	Medicação			Atividade Física			Intervenção Terapêutica		
	Sim (n=56)	Não (n=62)	p	Sim (n=29)	Não (n=89)	p	Sim (n=67)	Não (n=51)	p
1	.62±.45	.71±.41	.24	.64±.46	.67±.42	.70	.68±.42	.65±.44	.69
2	.57±.43	.73±.40	.05	.71±.43	.63±.42	.43	.63±.44	.68±.40	.45
3	.63±.42	.81±.32	.01	.91±.19	.67±.41	<.001	.70±.41	.76±.34	.36
4	.63±.43	.80±.33	.02	.86±.26	.67±.41	.01	.67±.42	.78±.34	.11
5a	.33±.37	.70±.31	<.001	.76±.25	.44±.39	<.001	.44±.37	.63±.37	.01
5b	.16±.27	.56±.39	<.001	.67±.33	.27±.35	<.001	.27±.36	.50±.39	<.001
5c	.49±.58	1.25±.64	<.001	1.43±.53	.71±.68	<.001	.71±.67	1.13±.71	<.001
Total	3.44±2.16	5.55±1.73	<.001	5.98±1.48	4.08±2.21	<.001	4.10±2.18	5.14±2.11	.01

p< .05; Legenda: G1= Género Masculino; G2= Género Feminino; Item 1= Figura Humana de frente e de costas; Item 2= Figura Humana com partes corporais ausentes; Item 3= Apontar sob designação verbal; Item 4= Nomear as diferentes partes do corpo apontadas; Item 5= Imitação de posições: a) com modelo; b) sem modelo; c) total.

Tabela 6. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP e resultados do teste One-way Anova para a variável grupos etários.

Item	Grupos etários									
	G1 (n=12)	G2 (n=40)	G1	G3 (n=56)	G1	G2	G4 (n=10)	G1	G2	G3
			vs.		vs.	vs.		vs.	vs.	vs.
			G2		G3 p	G3 p		G4	G4 p	G4
			p					p		p
1	.58±.47	.68±.42	.93	.65±.44	.97	1.00	.80±.42	.71	.88	.80
2	.50±.48	.75±.38	.35	.59±.44	.93	.33	.80±.35	.42	.99	.54
3	.58±.47	.76±.36	.56	.71±.40	.79	.91	.90±.21	.28	.79	.52
4	.50±.43	.78±.36	.20	.71±.40	.43	.86	.85±.33	.22	.96	.75
5a	.54±.33	.59±.39	.99	.46±.38	.92	.43	.60±.39	.99	1.00	.75
5b	.33±.39	.39±.38	.98	.36±.40	1.00	.99	.40±.39	.98	1.00	.99
5c	.88±.68	.98±.71	.98	.81±.74	1.00	.76	1.00±.74	.98	1.00	.90
Total	3.92±2.72	4.91±2.21	.60	4.28±2.11	.97	.58	5.35±1.92	.51	.96	.57

p< .05; Legenda: G1=61-70 anos; G2=71-80 anos; G3=81-90; G4=91-99; Item 1= Figura Humana de frente e de costas; Item 2= Figura Humana com partes corporais ausentes; Item 3= Apontar sob designação verbal; Item 4= Nomear as diferentes partes do corpo apontadas; Item 5= Imitação de posições: a) com modelo; b) sem modelo; c) total.

De uma forma geral, os resultados demonstram que a amostra (n=118), apresenta valores satisfatórios na maioria dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP; i.e. num intervalo de 0 a 1 (nos itens 1 – 5b) o valor médio obtido é superior a 0.5 em todos os itens à exceção do 5b, no item 5c o valor médio foi inferior a 1 (num intervalo de 0 a 2) e no total do domínio a pontuação média obtida foi superior a 4 (num intervalo de 0 a 8). Nesta amostra de gerontes com demência as variáveis que apresentam diferenças significativas nos itens da noção corporal do EGP

são a medicação, a atividade física e a intervenção terapêutica. As restantes variáveis (género, apoio, classe etária, diagnóstico e grau de escolaridade) não parecem influenciar a noção corporal dos participantes.

Tabela 7. Valores da estatística descritiva dos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP e resultados do teste One-way Anova para as variáveis diagnóstico e escolaridade.

Item	Diagnóstico						Escolaridade					
	G1 (n=43)	G2 (n=8)	G1 vs G2 p	G3 (n=67)	G1 vs. G3 p	G2 vs. G3 p	G4 (n=24)	G5 (n=52)	G4 vs. G5 p	G6 (n=41)	G4 vs. G6 p	G5 vs. G6 p
1	.63±.45	.56±.50	.93	.70±.41	.68	.69	.77±.39	.62±.43	.34	.68±.44	.73	.75
2	.60±.44	.88±.35	.26	.66±.41	.82	.38	.81±.29	.64±.42	.26	.59±.46	.11	.80
3	.69±.41	.88±.35	.44	.74±.36	.78	.63	.77±.25	.74±.38	.95	.71±.43	.81	.92
4	.67±.41	.88±.35	.41	.73±.38	.78	.62	.85±.28	.75±.38	.54	.62±.43	.06	.27
5a	.49±.40	.38±.44	.76	.56±.36	.64	.44	.65±.31	.46±.39	.15	.54±.39	.54	.64
5b	.31±.38	.31±.37	1.00	.41±.40	.45	.80	.52±.37	.29±.38	.05	.39±.40	.42	.45
5c	.80±.71	.69±.80	.92	.97±.71	.49	.58	1.17±.62	.75±.71	.06	.93±.74	.42	.49
Total	4.20±2.17	4.56±2.09	.91	4.77±2.24	.42	.97	5.54±1.44	4.25±2.09	.05	4.45±2.50	.14	.90

p< .05; Legenda: G1= doença de Alzheimer; G2=demência vascular; G3=demência não-especificada; G4= inferior a 4 anos de escolaridade; G5= entre 4 e 9 anos de escolaridade; G6= superior a 9 anos de escolaridade; Item 1= Figura Humana de frente e de costas; Item 2= Figura Humana com partes corporais ausentes; Item 3= Apontar sob designação verbal; Item 4= Nomear as diferentes partes do corpo apontadas; Item 5= Imitação de posições: a) com modelo; b) sem modelo; c) total.

Discussão de Resultados

O envelhecimento psicomotor tem sido abordado ao nível da investigação e da atividade profissional dos psicomotricistas (e.g.: Morais et al., 2016; Pinheiro e Santos, 2016). Dentro do envelhecimento patológico, e especificamente dos quadros demenciais, é importante analisar os fatores que influenciam o envelhecimento psicomotor (e.g.: características pessoais e sociais do indivíduo). Deste modo, o presente estudo procurou estudar a noção corporal de gerontes com demência, tentando compreender quais as variáveis que a influenciam (e.g.: género, escolaridade, tipos de apoio prestados, a existência de um segundo diagnóstico, a medicação, a atividade física e a intervenção terapêutica). A pertinência deste estudo não só contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre este fator psicomotor – a noção corporal, robustecendo a investigação na área da Reabilitação Psicomotora, como também os seus resultados podem ser utilizados no planeamento de intervenções psicomotoras mais adequadas.

No envelhecimento ocorre uma perda progressiva da consciência do próprio que se acentua perante os quadros demenciais, prejudicando a autoimagem do indivíduo, particularmente a sua noção corporal (Maintier, 2011; Morris e Mograbi, 2013). De uma forma geral, os participantes apresentaram resultados satisfatórios relativamente à sua noção corporal, tendo obtido no total uma pontuação média de

4.55 (com uma cotação máxima possível de 8) para este domínio. Os itens com melhores resultados foram o 3 (apontar as partes corporais sob designação verbal), o 4 (nomeação das partes corporais apontadas) e o 5c (somatório dos itens relativos à imitação das posições corporais com modelo – 5a – e sem modelo – 5b).

Numa análise mais pormenorizada, as variáveis que apresentam mais diferenças significativas nos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP são a medicação, a atividade física e a intervenção terapêutica, destacando-se a medicação como a variável que parece ter maior impacto na noção corporal dos participantes. O grupo que toma medicação apresenta valores significativamente mais baixos (vs. pares sem toma de fármacos) em todos os itens. Os participantes que tomam medicação tiveram as pontuações mais baixas principalmente nos itens relativos à imitação de posições corporais. Já os participantes não medicados apresentam pontuações superiores.

Do grupo que toma duas ou mais categorias de medicamentos, cerca de 52% (n=27) dos indivíduos apresenta um diagnóstico secundário e 31% (n=16) não tem diagnosticado comorbilidades. Infere-se que dos participantes que tomam duas ou mais categorias de medicação, alguns dos fármacos poderão ser tratamento para os diagnósticos secundários e, por outro lado, que pode ocorrer a sobremedicação (Marques et al., 2015). O tratamento farmacológico apesar de abrandar o desenvolvimento da doença e controlar os sintomas (Madera, 2005; Spar & La Rue, 2005) pode ter efeitos secundários negativos, prejudicando a função cognitiva e psicomotora do geronte e aumentando o risco de quedas e fraturas (Hartikainen et al., 2007).

Deste modo, a medicação pode intervir negativamente na medida em que, por exemplo, para controlar um estado de maior agitação diminui o estado de vigília, reduzindo a capacidade de atenção e de concentração afetando o desempenho do geronte na realização dos itens em estudo. Por outro lado, a fase da demência poderá ser outra justificação, inferindo-se que nos estádios mais severos, por existirem mais comorbilidades, aumenta a toma de fármacos (Gómez-Pavon et al., 2010).

Gómez-Pavon e colaboradores (2010) salientam outros aspetos negativos frequentes resultantes da medicação da população com demência: a prescrição inadequada, i.e., a hipótese de existirem casos em que a medicação prescrita não é a mais apropriada; a interação complexa medicamentosa (resultante da sobremedicação) vs. as reações individuais à terapêutica medicamentosa (Maidment, Fox, Boustani e Katona, 2012); e a falta de aderência terapêutica que na população

demencial é frequentemente difícil (e.g.: inibição da toma assídua da medicação, reduzindo os seus efeitos - Arlt, Linder, Rösler, Renteln-Kruse, 2008).

Por outro lado, mais de metade dos participantes com demência não toma nenhum tipo de medicação, ou não foi possível obter essa informação, corroborando Santana e colaboradores (2015), que afirmam que em Portugal a demência ainda não é devidamente tratada a nível farmacológico. Mais curioso ainda é que deste subgrupo de participantes 61.3% (n=38) não tem intervenção terapêutica, i.e., num total de 118 participantes cerca de 32% não recebe nenhuma forma de tratamento (farmacológica ou não-farmacológica) para a demência. Perante esta situação poderá levantar-se a hipótese de estes indivíduos se encontrarem numa fase inicial da demência (variável não controlada neste estudo), podendo ser facultativa (para os próprios, para os familiares e/ou cuidadores) a toma farmacológica.

Também a atividade física parece ser um fator que influencia a somatognosia na idade avançada (Loland, 2000) e em particular na população com demência. Os resultados obtidos demonstram que há diferenças significativas entre praticantes e não praticantes. O grupo que realiza atividade física apresenta melhores resultados em todos os itens da do conhecimento das partes do corpo à exceção da identificação da figura humana de frente e de costas, tendo obtido a pontuação mais alta de todos itens em todos os subgrupos no item 3 (apontar as partes corporais sob designação verbal).

Estes resultados contrariam Menezes e colaboradores (2014), os quais não averiguaram diferenças significativas na imagem corporal de gerontes praticantes e não-praticantes de atividade física regular. Contudo, esta situação pode ser explicada pela diferença conceptual do termo “imagem corporal” abordado nos dois estudos que pode ter condicionado a escolha dos instrumentos a utilizar e a interpretação dos resultados obtidos. Na presente investigação, embora existam diferenças consideráveis na dimensão dos subgrupos desta variável, os resultados obtidos parecem apontar que a atividade física atua positivamente na noção corporal de gerontes com demência. A atividade física aumenta a sensação de proatividade e de manutenção da própria saúde e bem-estar (Drummond, 2003), o que melhora a aparência e funcionalidade motora do geronte (Meurer et al., 2009; Reel et al, 2008; Tiggemann, 2004) e possibilita a reconciliação com o corpo envelhecido (Tulle, 2008). Todos estes aspetos parecem influenciar a somatognosia do geronte (Sabik, 2016), refletindo-se nos resultados obtidos neste estudo. Assim, a participação em atividade física regular parece ser um fator de proteção da somatognosia do geronte com demência, refletindo-se positivamente na satisfação com o seu corpo (Barreto et al., 2011), na autoimagem e autoestima (Meurer et al., 2009).

A intervenção terapêutica foi também uma das variáveis que apresentou diferenças significativas nos itens estudados do EGP. Contrariamente ao esperado, os participantes sem intervenção terapêutica foram os que apresentaram melhores resultados em todos os itens, à exceção do item 1, com diferenças significativas na imitação de posições corporais e no somatório de todos os itens do domínio. Novamente estes resultados podem estar relacionados com o grau de severidade da doença (o qual não foi controlado), dado que os indivíduos do grupo sem intervenção terapêutica poderão encontrar-se nos estádios iniciais da demência, favorecendo a sua noção corporal (Graham et al., 2005; Grewal, 1994; Kashiwa et al., 2005; Verhülsdonk et al., 2013).

Os resultados obtidos parecem contrariar a literatura que defende a importância da intervenção terapêutica na população demencial (e.g.: Madera, 2005; Morais, 2007; Nuñez e González, 2001; Oliveira, 2009; Pereira, 2004; Vasconcelos, 2003) ou, por outro lado, demonstrar a fraca incidência das intervenções sobre a noção corporal. Nesta população, é frequente a intervenção terapêutica incidir mais sobre programas de estimulação e reeducação cognitiva (Grilo, 2009; Spar & La Rue, 2005). Também no contexto da investigação, neste âmbito a intervenção terapêutica mais estudada é a de carácter psicossocial (Cabrera et al., 2014). Destaca-se assim a importância de estudos e de práticas com recurso à atividade física e estimulação sensorial, as quais apresentam um potencial de eficácia significativo (Dickson et al., 2012).

A noção corporal é um processo multifatorial que pode repercutir-se negativamente a nível psicomotor, cognitivo e relacional (Fonseca, 2010). Assim, intervir no plano psicomotor, especificamente na noção corporal do geronte com demência, pode prevenir (ou inibir) o surgimento de problemas percecionais, práticos e sociais (Juhel, 2010; Maintier, 2011). Desta forma, a população demencial necessita de programas de intervenção específicos, com uma forte componente motora e relacional que estimule a consciencialização do próprio através do corpo (Maintier, 2011), pelo que, é importante reestruturar os programas de intervenção utilizando a atividade física como ferramenta para a estimulação cognitiva, motora e sensorial.

As restantes variáveis estudadas (género, apoio, grupo etário, diagnóstico e grau de escolaridade) não apresentaram diferenças significativas nos itens do conhecimento das partes do corpo do EGP. Relativamente ao género, verificou-se que as pontuações médias dos cinco itens são similares em ambos os géneros. O género feminino apresentou melhores resultados na somatognosia a nível global e nos itens relativos à identificação da figura humana de frente e de costas e à imitação de

posições; já o gênero masculino superou o feminino nos itens de identificação, indicação com o dedo e nomeação de partes corporais. Embora o gênero feminino apresente mais preocupações com a sua aparência e experiencie mais negativamente o seu corpo que o gênero masculino (Algars et al., 2008; Ferraro et al., 2008; Marshall et al., 2014), estes aspetos, de acordo com os resultados do presente estudo, não parecem ter afetado significativamente a somatognosia em quadros demenciais.

Na análise da classe etária, curiosamente o grupo que apresentou melhores resultados em todos os itens foi o grupo com idade mais avançada (grupo 4). Estes resultados não parecem estar relacionados com o gênero, contrariamente às perspectivas de Baker e Gringart (2009) e Drummond (2003), os quais defendem que no envelhecimento, com o avançar da idade, o gênero feminino vai aceitando o seu corpo, enquanto no gênero masculino ocorre um declínio progressivo da autoavaliação do corpo.

Os gerontes (n=113) que usufruem de algum tipo de apoio (desde o domiciliário ao internamento de longa duração) apresentaram melhores resultados em todos os itens com um índice globalmente satisfatório, à exceção do item relativo à evocação das posturas corporais e no total do domínio. Os itens relativos à imitação e evocação de posições corporais são os mais difíceis de concretizar pelos participantes dos dois subgrupos. Dolto (1984) considera que a institucionalização do geronte pode afetar as suas relações interpessoais e imagem corporal devido às perdas afetivas com que é confrontado mais regularmente. Contudo esta situação não parece ter afetado os resultados deste estudo; pelo contrário, estes parecem sugerir que os gerontes sem apoio necessitam de mais suporte do que aquele que atualmente recebem, corroborando a relevância do apoio personalizado.

O grau de escolaridade também não parece estar significativamente associado à noção corporal dos gerontes com demência corroborando Reboussin e colaboradores (2000), mas contrariando outros estudos em que no gênero feminino o nível de educação encontra-se negativamente associado à satisfação com o funcionamento corporal (Barreto et al., 2011), com a aparência (McLaren e Kuh, 2004) e com a autoperceção da atratividade física (Ochnik e Rosmus, 2016). No gênero masculino esta variável não parece ter qualquer influência (Barreto et al., 2011). No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao gênero embora se tenha confirmado que o grupo dos gerontes com menores habilitações foi o que apresentou valores superiores em todos os itens estudados do EGP. Ainda de salientar as diferenças nos resultados dos gerontes com uma escolaridade inferior a quatro anos e os com quatro a nove anos de escolaridade nos

itens da imitação de posições corporais e na pontuação total, e também entre o grupo com menor escolaridade e o de maior escolaridade na nomeação de partes do corpo apontadas.

Partindo da variável “diagnóstico” procurou-se analisar a existência (ou não) de diferenças significativas na somatognosia perante três tipos de demência (doença de Alzheimer, demência vascular e demência não-especificada). Os resultados reportam alguma homogeneidade no grupo demencial, não existindo diferenças significativas entre diagnósticos. Os resultados menos positivos foram evidenciados primeiramente pelo grupo com doença de Alzheimer, seguido do grupo com demência vascular e, com os melhores resultados, o grupo com demência não-especificada. Estes resultados bem como a homogeneidade evidenciada na noção corporal dos gerontes com demência podem ser explicados pelo facto da somatognosia depender neurologicamente de estruturas como o cerebelo e o sistema límbico (Fonseca, 2001b), e o córtex somatossensorial (Fonseca, 2001b, 2010, 2011; Rodrigues, 1998), as quais são especialmente afetadas na doença de Alzheimer (Ropper, Samuels e Klein, 2014; Serrano-Pozo et al., 2011), na demência vascular (Araújo e Nicoli, 2010) e na frontotemporal (Mahoney et al., 2012).

Esta similaridade das pontuações obtidas torna-se mais evidente quando se compara os resultados do grupo com doença de Alzheimer com o de demência vascular, em particular nos itens 1 e no conjunto dos itens 5. Tanto na doença de Alzheimer como na demência vascular, a nível gnósico-prático destacam-se os défices gnósicos visuais e a apraxia, quer ao nível construtivo quer na evocação e reprodução de posturas e gestos simbólicos (Araujo e Nicoli, 2010; Feneyrols, 2001; Michel, 2009), resultantes da dissociação dos segmentos corporais (Rodríguez, 2003) e da dificuldade na regulação tónico emocional (Michel, 2009). Estes aspetos poderão ter contribuído para as baixas pontuações médias nos itens relativos à imitação de posturas corporais em ambos os subgrupos; principalmente no item 5b (sem modelo) que pressupõe a evocação das posturas, tornando-se especialmente exigente para os gerontes com ambos os diagnósticos (Araujo e Nicoli, 2010; Van Der Linden et al., 2001).

Os gerontes com doença de Alzheimer, embora não evidenciem perturbações acentuadas na sua noção corporal (Gil, 2007), foram os que apresentaram, globalmente, resultados menos positivos. Nos itens relativos à identificação, indicação com o dedo e nomeação de partes corporais, este subgrupo obteve pontuações médias mais baixas que os outros subgrupos. Grewal (1994) e Mozaz e Morris (1997) constataram que neste quadro demencial os indivíduos são capazes de nomear e

apontar diferentes partes do corpo, estando esta capacidade significativamente correlacionada com a gravidade da demência, aspecto que não foi controlado nem estudado nesta investigação. A população com DA apresenta frequentemente défices gnósticos visuais que podem comprometer o reconhecimento de imagens (Feneyrols, 2001), podendo ainda, existir em comorbilidade, a afasia, mais concretamente a disnomia (Juhel, 2010; Ropper et al., 2014), o que poderá dificultar a identificação e nomeação das partes do corpo solicitadas.

Conclusão Geral

O envelhecimento é um processo do desenvolvimento humano marcado por mudanças somáticas, motoras, cognitivas e socioemocionais. Corporalmente, o envelhecimento é visível (e concreto) originando desencontros ou discrepâncias entre o Eu atual e o passado. Esta dificuldade de aceitação e consciencialização do corpo atual altera a noção corporal do geronte, especialmente na presença de uma síndrome demencial (Rodríguez, 2003).

É precisamente neste contexto de desarmonia com o corpo envelhecido que o psicomotricista deve intervir, promovendo a sensação de prazer sensório-motor e bem-estar corporal e estimulando a funcionalidade e competência motora do geronte. Com uma perspetiva preventiva e reeducativa (Morais, 2007), a tríade “corpo”, “movimento” e “significação”, características da intervenção psicomotora no contexto geriátrico, possibilita a autonomia do indivíduo para melhorar a sua qualidade de vida. Isto requer uma terapêutica eficaz e focada nas características da pessoa, que devem ser avaliados através de instrumentos validados e específicos para a população em questão. Para tal, é crucial o aprofundamento do conhecimento acerca do processo de envelhecimento psicomotor, de forma a planear e a ajustar a intervenção psicomotora (Morais, 2007).

No presente estudo verificou-se que os gerontes com demência são um grupo relativamente homogéneo no que concerne à noção corporal, apresentando uma somatognosia satisfatória. A medicação, a atividade física e a intervenção terapêutica parecem ter uma influência significativa nesta função: a medicação parece influenciar negativamente a somatognosia; a atividade física aparece como um fator de proteção da noção corporal da população em estudo, verificando-se uma relação de reciprocidade, na medida em que a atividade física estimula uma noção corporal adequada, a qual, por sua vez, afeta positivamente o nível de funcionalidade motora e a motricidade no geral (Fonseca, 2010). A intervenção terapêutica, contrariamente ao esperado, não apresentou um efeito positivo na noção corporal do geronte com

demência, podendo dever-se ao grau de severidade da demência dos participantes (Grewal, 1994; Mozaz e Morris, 1997).

Estes resultados são relevantes para a prática dos profissionais de saúde da gerontologia e em especial para a dos psicomotricistas. Primeiramente, alertam para a influência que os fármacos podem ter nas competências psicomotoras (Hartikainen et al., 2007), sendo essencial uma atenção especial para a prescrição do tratamento farmacológico a gerontes com demência (Marques et al., 2015). Por outro lado, confirma-se a importância da atividade física ao longo do processo de envelhecimento (Loland, 2000; Tulle, 2008), sendo por isso um bom complemento ao processo terapêutico. No âmbito terapêutico, a noção corporal não deve ser posta de lado: trata-se de um dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010) que mais alterações sofre durante o envelhecimento, especialmente na demência (Rodriguez, 2003), das quais podem surgir problemáticas da percepção, orientação, praxias e do plano relacional (Juhel, 2010; Maintier, 2011).

A presente investigação deteve-se com algumas limitações nomeadamente o número reduzido da amostra que se pretende significativa e representativa da população com demência em Portugal e a ausência de controlo do grau de severidade do diagnóstico principal, bem como da descrição dos apoios e das intervenções terapêuticas desenvolvidas com os participantes. Apesar do EGP estar validado a nível nacional e para esta população (Morais et al., 2016), e no sentido de uma melhor compreensão da noção corporal no idoso com demência, recomenda-se a inclusão de outros itens que avaliem mais aspetos específicos da noção corporal (e.g.: o reconhecimento direita-esquerda, a avaliação da propriocektividade – Fonseca, 2010).

A avaliação da efetividade de intervenções psicomotoras a este nível (e.g.: trabalho respiratório e a relaxação - Michel, 2009; Olalla, 2009; Tessier, 2001; estimulação sensorial - Collier e Jakob, 2016; Robayo e Reyes, 2009; atividade lúdica associada às terapias expressivas - Moraes, 2007; Olalla, 2009) e com este subgrupo populacional, bem como a análise do impacto que a consolidação deste fator psicomotor pode deter ao nível da funcionalidade diária destas pessoas deverá ser alvo de mais investigação. Seria igualmente pertinente um maior investimento na investigação com foco na medicação (de modo a avaliar melhor qual o tipo de medicação e o impacto da mesma nas funções psicomotoras) e na atividade física (analisando qual ou quais as atividades mais adequadas para a estimulação da somatognosia).

Referências

- Abellán, R. (2005). Psicomotricidad y actividad física en la tercera edad. *Revista Iberoamericana da Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 17: 89-106.
- Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P., e Sandnabba, N. K. (2009). The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal of aging and health*. 21 (8), 1112-1132. doi: 10.1177/0898264309348023.
- American Psychiatry Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª Ed). Washington: APA.
- Araújo, C. e Nicoli, J. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*. 13, (1), 231-244.
- Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A. e Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia. *Drugs & aging*. 25(12), 1033-1047. doi: 10.2165/0002512-200825120-00005.
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement pathologique. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (45-76). Marseille: Groupe de Boeck.
- Bailey, K., Cline, L. e Gammage, K. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body image*. 17, 88-99. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.02.007.
- Baker, L., e Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society*. 29 (06), 977-995. doi: 10.1017/S0144686X09008721.
- Bakhshi, S. (2011). Women's body image and the role of culture: A review of the literature. *Europe's Journal of Psychology*. 7(2), 374-394. doi: 10.5964/ejop.v7i2.135.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.), *Atividade Física e Envelhecimento* (89-104). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Barreto, J. (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*. 30 (4), 173-18.
- Barreto, P., Ferrandez, A. e Guihard-Costa, A. M. (2011). Predictors of body satisfaction: differences between older men and women's perceptions of their body functioning and appearance. *Journal of Aging and Health*. 23(3), 505-528. doi: 10.1177/0898264310386370.
- Bigio, E. (2013). Making the diagnosis of frontotemporal lobar degeneration. *Archives of pathology e laboratory medicine*. 137(3), 314-325. doi: 10.5858/arpa.2012-0075-RA.
- Bond, R., Downey, L., Weston, P., Slattery, C., Clark, C., Macpherson, K., ... e Warren, J. D. (2016). Processing of self versus non-self in Alzheimer's disease. *Frontiers in human neuroscience*. 10, 1-10. doi: 10.3389/fnhum.2016.00097.
- Bott, N., Radke, A., Stephens, M. e Kramer, J. (2014). Frontotemporal dementia: diagnosis, deficits and management. *Neurodegenerative Disease Management*. 4(6), 439-454. doi:10.2217/nmt.14.34.
- Bucher, H. (1985). *Troubles psycho-moteurs chez l'enfant: pratique de la rééducation psycho-motrice* (2 édition). Paris: Masson.
- Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martin, M., Meyer, G., ... e Zabalegui, A. (2014). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in

people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*. 6(2), 134-150. doi: 10.1016/j.eurger.2014.06.003.

Chandra, S. R., e Issac, T. G. (2014). Neurodegeneration and mirror image agnosia. *North American journal of medical sciences*. 6 (9), 472-477. doi: 10.4103/1947-2714.141647.

Clare, L. (2003). Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social science e medicine*. 57 (6), 1017-1029.

Collier, L. e Jakob, A. (2016). The Multisensory Environment (MSE) in Dementia Care: Examining Its Role and Quality From a User Perspective. *Health Environments Research & Design Journal*. 1, 1-13. doi: 10.1177/1937586716683508.

Dickson, K., Lafortune, L., Kavanagh, J., Thomas, J., Mays, N. e Erens, B. (2012). *Non-drug treatments for symptoms in dementia: an overview of systematic reviews of non-pharmacological interventions in the management of neuropsychiatric symptoms and challenging behaviours in patients with dementia*. Londres : Policy Research Unit in Policy Innovation Research.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Éditions Du Seuil.

Donaghy, P. e McKeith, I. (2014). The clinical characteristics of dementia with Lewy bodies and a consideration of prodromal diagnosis. *Alzheimer's research e therapy*. 6(4), 1-12. doi: 10.1186/alzrt274.

Downey, L., Mahoney, C., Rossor, M., Crutch, S. e Warren, J. (2012). Impaired self-other differentiation in frontotemporal dementia due to the C9ORF72 expansion. *Alzheimer's research e therapy*. 4(5), 1-6. doi: 10.1186/alzrt145.

Downey, L., Fletcher, P., Golden, H., Mahoney, C., Agustus, J., Schott, J., ... e Crutch, S. (2014). Altered body schema processing in frontotemporal dementia with C9ORF72 mutations. *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*. 85 (9), 1016-1023. doi:10.1136/jnnp-2013-306995.

Drummond, M. (2003). Retired men, retired bodies. *International Journal of Men's Health*, 2(3), 183-199.

Feneyrols, A. (2001). Contribution du bilan neuropsychologique dans le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer. In E. Aubert e J.M. Albaret (Eds), *Viellissement et psychomotricité* (135-154). Marseille: Groupe de Boeck.

Ferraro, F., Muehlenkamp, J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T., & Hoverson, F. (2008). Aging, body image, and body shape. *The Journal of General Psychology*. 135 (4), 379-392. doi: 10.3200/GENP.135.4.379-392.

Fonseca, V. (2001a). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Lisboa: Edições FMH.

Fonseca, V. (2001b). Uma Abordagem Neuropsicológica da Somatognósia. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (109-131). Lisboa: Edições FMH.

Fonseca, V. (2009). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese Psicomotora. In V. Fonseca (Ed.), *Psicomotricidade: Filogênese, ontogênese e retrogênese* (309-344). (3ª Ed.). Rio de Janeiro: Wak Ed.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2011). *Psicomotricidade e Neuropsicologia – uma Abordagem Evolucionista*. Lisboa: Âncora Editora.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fragroso, I. e Vieira, F. (2006). Variabilidade morfológica no idoso. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.), *Atividade Física e Envelhecimento* (61-70). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Gast, J. e Peak, T. (2011). "It used to be that if it weren't broken and bleeding profusely, I would never go to the doctor": Men, masculinity, and health. *American journal of men's health*. 5 (4), 318-331. doi: 10.1177/1557988310377926.
- Gil, R. (2007). Conscience de soi, conscience de l'autre et démences. *Psychologie e NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 5(2), 87-99.
- Gómez-Pavón, J., García, P., Román, I., Astiz, M., Rodríguez, J., Díaz, G. J., ... e Páez, J. (2010). Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 45(2), 89-96. doi: 10.1016/j.regg.2009.10.002.
- Graham, D., Kunik, M., Doody, R. e Snow, A. (2005). Self-reported awareness of performance in dementia. *Cognitive Brain Research*. 25 (1), 144-152. doi: 10.1016/j.cogbrainres.2005.05.001.
- Grewal, R. (1994). Self-recognition in dementia of the Alzheimer type. *Perceptual and motor skills*. 79 (2), 1009-1010.
- Grilo, P. (2009). *Doença de Alzheimer. Epidemiologia, etiologia, diagnóstico clínico e intervenções terapêuticas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Halliwell, E. e Dittmar, H. (2003). A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. *Sex Roles*. 49 (11-12), 675-684. doi: 10.1023/B:SERS.0000003137.71080.97.
- Hampson, C. e Morris, K. (2016). Dementia: sustaining self in the face of cognitive decline. *Geriatrics*. 1(4), 25-30. doi: 10.3390/geriatrics1040025.
- Hartikainen, S., Lönnroos, E. e Louhivuori, K. (2007). Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 62 (10), 1172-1181. doi: 10.1093/gerona/62.10.1172.
- Hofmeier, S., Runfola, C., Sala, M., Gagne, D., Brownley, K. e Bulik, C. (2017). Body image, aging, and identity in women over 50: The Gender and Body Image (GABI) study. *Journal of Women e Aging*. 29 (1), 3-14. doi: 10.1080/08952841.2015.1065140.
- Homan, K. e Boyatzis, C. (2009). Body image in older adults: Links with religion and gender. *Journal of Adult Development*. 16(4), 230-238. doi: 10.1007/s10804-009-9069-8.
- Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec: PUL et Chronique Sociale.
- Kashiwa, Y., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Nakamura, K., Ueda, H. e Fukui, K. (2005). Anosognosia in Alzheimer's disease: association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 59 (6), 697-704. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01439.x.
- Le Boulch, J. (1972). *Educación por el movimiento: en la escuela primaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Liechty, T., Ribeiro, N., Sveinson, K. e Dahlstrom, L. (2014). "It's about what I can do with my body": body image and embodied experiences of aging among older Canadian men. *International Journal of Men's Health*. 13 (1), 3-21. doi: 10.3149/jmh.1301.
- Loland, N. (2000). The aging body: Attitudes toward bodily appearance among physically active and inactive women and men of different ages. *Journal of Aging and Physical Activity*. 8 (3), 197-213. doi: 10.1123/japa.8.3.197.

- Madera, M. (2005). A Relação Interpessoal na Psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*. 6, 47-55.
- Mahoney, C., Beck, J., Rohrer, J., Lashley, T., Mok, K., Shakespeare, T., ... e Rossor, M. (2012). Frontotemporal dementia with the C9ORF72 hexanucleotide repeat expansion: clinical, neuroanatomical and neuropathological features. *Brain*. 135 (3), 736-750. doi: 10.1093/brain/awr361.
- Maidment, I., Fox, C., Boustani, M., e Katona, C. (2012). Medication management—the missing link in dementia interventions. *International journal of geriatric psychiatry*. 27(5), 439-442. doi: 10.1002/gps.274.
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne (Ed.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (33-46). Toulouse: Érès.
- Marques, A., Rocha, V., Pinto, M., Sousa, L. e Figueiredo, D. (2015). Comorbidities and medication intake among people with dementia living in long-term care facilities. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33 (1), 42-48.
- Marshall, E., Lengyel, O. e Menec, H. (2014). Body image and body work among older women: a review. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*. 7(4), 198-210. doi: 10.1108/EIHSC-11-2013-0042.
- eMartins, R. (2005). Corpo e motricidade na construção da identidade. In D. Rodrigues (Ed.), *O Corpo que (Des)conhecemos* (219-247). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- McLaren, L., e Kuh, D. (2004). Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Social Science e Medicine*. 58(9), 1575-1584. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00209-0.
- Menezes, T., Brito, D., Quezia, K., Tôrres Oliveira, E. e Pedraza, D. (2014). Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 19(8), 3451-3460. doi: 10.1590/1413-81232014198.15072013.
- Menezes, T., Lopes, R. e Azevedo, R. (2009). A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 11 (3), 598-604.
- Meurer, S., Benedetti, T., e Mazo, G. (2009). Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz: revista de educação física*. 15(4), 788-796.
- Michel, S. (2009). Approches thérapeutiques pour les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*. 33 (9), 35-40.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J. (2010). Pour un légitimité du travail en géronto-psychomotricité – l'Examen Géronto Psychomoteur. In *Entretiens de Psychomotricité 2010* (90-93). Paris: Les Entretiens Médicaux.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Application*. Paris: Hogrefe.
- Modange, L. e Chaumont, V. (2001). La chute du sujet âgé: approche psychologique et pratique psychomotrice. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (219-230). Marseille: Groupe de Boeck.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*. 10, 25-33.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. e Lebre, P. (2012). *Estudo das competências Psicomotoras no envelhecimento saudável e patológico – Estudo preliminar para a validação do Exame Geronto Psicomotor em Portugal*. Poster apresentado no Colóquio: A Arte de Bem Envelhecer – Perspetivas sobre o Envelhecimento Ativo.

Organizado por CeFIPsi: Centro de Formação e Investigação em Psicologia (27 e 28 de Setembro 2012).

Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2012). *Exame Geronto-Psicomotor. Manual de Aplicação Provisório* (documento não publicado).

Morais, A., Santos, S., Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Gerontopsychomoteur. *Educational Gerontology*. 42(7): 516-527 doi: 10.1080/03601277.2016.1165068

Morris, R. e Mograbi, D. (2013). Anosognosia, autobiographical memory and self-knowledge in Alzheimer's disease. *Cortex*, 49 (6), 1553-1565. doi: 10.1016/j.cortex.2012.09.006.

Mozaz, M. e Morris, R. (1997). Identification of body parts in Alzheimer's disease: Evidence for a body schema hypothesis. *International Journal of Neuroscience*. 89 (3-4), 207-216.

Nunes, B. e Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação* (Vol. 1). Lisboa: LIDEL.

Núñez, J. e González, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade n Ancianos Institucionalizados. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (221-240). Cruz Quebrada: Edições FMH.

Olalla, L. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporals*. 33 (9), 27-34.

Oliveira, S. (2009). Envelhecer con sabiduría. *Revista liberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 33, 45-54.

Ochnik, D., e Rosmus, R. (2016). *Can I afford to feel attractive? Body appearance predictors in Polish women over 50*. Poster apresentado na Conferência: Appearance Matters (Londres).

Paillard, J. (1980). Le corps situé et le corps identifié. *Rev. Méd. Suisse Romande*. 100 (2), 129 - 141).

Pearlman, S. (2014). Late Mid-Life Astonishment : Disruptions to Identity and Self-Esteem. In N.D. Davis, E. Cole, E. D. Rothblum (Eds), *Faces of Women and Aging* (1-12). USA: Routledge.

Peat, C., Peyerl, N., Ferraro, F. e Butler, M. (2011). Age and body image in Caucasian men. *Psychology of Men e Masculinity*. 12 (2), 195-200. doi: 10.1037/a0021478.

Pelegrino, P (2009). *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta.

Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.

Pereira, E., Segheto, W., Miranda, M., Velardi, M., Neto, A., Dantas, D. ... e Gama, E. F. (2012). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 7 (supl.1). 20-28. doi: 10.5335/rbceh.2010.045.

Pinheiro, C. e Santos, S. (2016). O envelhecimento psicomotor das pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade* (no prelo).

Potel, C. (2015). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité?. In C. Baranes (Ed.), *Être Psychomotricien* (111-149). Toulouse: Érès.

- Pressman, P. e Miller, B. (2014). Diagnosis and management of behavioral variant frontotemporal dementia. *Biological psychiatry*. 75(7), 574-581. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.11.006.
- Quaresma, M. e Pitaud, P. (2007). *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias: perspectivas e análises: Portugal, Espanha, França e Itália*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Rankin, K., Baldwin, E., Pace-Savitsky, C., Kramer, J. e Miller, B. (2005). Self awareness and personality change in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*. 76 (5), 632-639. doi: 10.1136/jnnp.2004.042879.
- Reboussin, B. A., Rejeski, W. J., Martin, K. A., Callahan, K., Dunn, A. L., King, A. C., et al. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle-and older aged adults: The Activity Counseling Trial (ACT). *Psychology and Health*. 15, 239-254. doi: 10.1080/08870440008400304.
- Reddy, S. (2013). Understanding the body image experiences of older men. *International Journal of Humanities and Social Science*. 3 (9), 34-42.
- Reel, J., SooHoo, S., Summerhays, J. e Gill, D. (2008). Age before beauty: an exploration of body image in African-American and Caucasian adult women. *Journal of Gender Studies*. 17 (4), 321-330. doi: 10.1080/09589230802419963.
- Robayo, A. e Reyes, C. (2009). Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 38 (4), 717-738.
- Rocha, I. (2009). Consciência corporal, esquema corporal e imagem do corpo. *Corpus et Scientia*. 5 (2), 26-36.
- Rodrigues, D. (1998). *Corpo, espaço e movimento: A representação espacial do corpo em crianças com paralisia cerebral*. Lisboa: INIC.
- Rodríguez, E. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 11, 13-28.
- Ropper, A., Samuels, M. e Klein, J. (2014). *Adams and Victor's Principles of Neurology*. (10ª Ed.). New York: McGraw Hill.
- Sabik, N. (2016). Body Image. In S. Whitbourne (Ed.), *The Encyclopedia of Adulthood and Aging* (1-5). John Wiley e Sons, Inc. doi: 10.1002/9781118528921.wbeaa063.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*. 28 (2), 182-188.
- Schlindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências*. 18(2), 220-226.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serrano-Pozo, A., Frosch, M., Masliah, E. e Hyman, B. (2011). Neuropathological alterations in Alzheimer disease. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 1(1), 1-23. doi: 10.1101/cshperspect.a006189.
- Simm, L., Jamieson, R., Ong, B., Garner, M. e Kinsella, G. (2015). Making sense of self in Alzheimer's disease: reflective function and memory. *Aging e mental health*, 1-8. doi: 10.1080/13607863.2015.1120706.

- Spar, J. e La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tessier, N. (2001). Des personnes âgées et des pratiques. In E. Aubert e J. M. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (231-243). Marseille: Groupe de Boeck.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*. 1, 29-41. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00002-0.
- Tulle, E. (2008). The ageing body and the ontology of ageing: athletic competence in later life. *Body e Society*. 14 (3), 1-19. doi: 10.1177/1357034X08093570.
- Van Der Linden, M., Collette, F. e Juillerat, A. (2001). Une approche cognitive de la démence: implications pour l'évaluation et la prise en charge des patients déments. In E. Aubert e J. Albaret (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (115-134). Marseille: Groupe de Boeck.
- Vasconcelos, M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 12, 51-59.
- Verhülsdonk, S., Quack, R., Höft, B., Lange-Asschenfeldt, C., e Supprian, T. (2013). Anosognosia and depression in patients with Alzheimer's dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*. 57(3), 282-287. doi: 10.1016/j.archger.2013.03.012.
- Walker, Z., McKeith, I., Rodda, J., Qassem, T., Tatsch, K., Booij, J., ... e O'Brien, J. (2012). Comparison of cognitive decline between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: a cohort study. *BMJ Open*. 2 (1), 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000380.
- Zamboni, G., Drazich, E., McCulloch, E., Filippini, N., Mackay, C., Jenkinson, M., ... e Wilcock, G. (2013). Neuroanatomy of impaired self-awareness in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cortex*. 49 (3), 668-678. doi: 10.1016/j.cortex.2012.04.011.